

**Harry Leon Grossmann**

*Aspecte istorice, teoretice și practice  
pentru înțelegerea*

---

**PSIHOTERAPIILOR  
ANALITICE ȘI UMANISTE**

---

**Editura Carmel Print  
Arad, 2009**

*O carte este un construct alcătuit din contexte, întâmplări, întrebări, ansambluri, gânduri, idei, cunoștințe și muncă, este creația unui cerc de minți care se închide cândva, formând o imagine vizibilă pentru ceilalți.*

**Dedic această carte mamei mele Klara și copiilor mei**

**Anna și Sven.**

*Mulțumesc Universității de Vest Vasile Goldiș din Arad și domnului Rector Profesor Dr. Aurel Ardelean pentru că mi-au oferit prilejul să cunosc atâția oameni de mare valoare, să trăiesc și să muncesc printre ei în deplină acceptanță și egalitate.*

*Vă mulțumesc pentru ajutorul acordat: Cristina Baeumel, Cora Cotoraci, Sanda Deme, Letitia Filimon, Agnes Kaiser Rekkas, Roxana Maier, Adina Mureșan, Gianina Oroian, Delia Podea, Viorel Prelici, Elena Tagorian, Valentina Thut și tuturor celor care m-au sprijinit, adus, condus, urmat și urmărit în anumite etape din acest proiect ambițios de a scrie prima mea carte în limba română.*

*Totul începe cu acel când  
care ne pune cândva pe gânduri ..*  
**Autorul**

**Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României**

**GROSSMANN, HARRY LEON**

**Aspecte istorice, teoretice și practice pentru înțelegerea  
psihoterapiilor analitice și umaniste / Harry Leon Gross-  
mann: Carmel Print, 2009**

ISBN: 978-973-7738-80-6

83.6

Tiparul executat la:  
S.C. Carmel Print & Design S.R.L.  
Arad, str. Weitzer nr. 12  
tel.: 0257 250670; fax: 0257 253272  
e-mail: carmelprint@gmail.com

# CUPRINS

<b>I. CONSIDERENTE ISTORICE .....</b>	<b>11</b>
1.1. Primii pași spre psihologie și psihiatrie, ca noțiuni medicale .....	11
1.2. Începutul științific al psihoterapiei .....	13
1.3. Considerente antropologice .....	14
1.4. Psihopatologia, ca model pur mecanic .....	17
1.5. Recapitulare .....	21
<b>II. PRIMII PAȘI SPRE PSIHALANIZA MODERNĂ .....</b>	<b>24</b>
2.1. Evoluția lui S.Freud .....	24
2.2. “Elevii” lui Freud.....	27
2.2.1 Alfred Carl Gustav Jung .....	29
2.2.2 Alfred Adler .....	30
2.2.3 Wilhelm Strechel .....	31
2.2.4 Otto Fenichel .....	31
2.2.5 Karl Abraham .....	32
2.2.6 Sandor Ferenczi .....	32
2.2.7 Prăbușirea temporară a societății de psihanaliză .....	33
2.3. Recapitulare .....	34
<b>III. PSIHALANIZA MODERNĂ .....</b>	<b>37</b>
3.1. Definiția conceptului de psihanaliză .....	37
3.2. Psihanaliza în concepția lui S. Freud .....	38
3.2.1 Elemente și noțiuni de bază .....	38
3.2.1.1 Teoria visului .....	39
3.2.1.2 Aparatul psihic .....	43
3.2.1.3 EU, SINE, SUPRAEU și inconștient, preconștient .....	45
3.2.1.4. Impulsuri sexuale .....	46
3.2.1.5. Fazele dezvoltării psihosexuale.....	48
3.2.1.6. Fazele infantile ale libidoului .....	49
3.2.2 Alte noțiuni în psihanaliza freudiană .....	51
3.2.2.1 Complexul Oedip- identificarea cu tatăl și mama... ..	51
3.2.2.2 Relația cu obiectele primare- autoerotismul și narcisismul .....	53
3.2.3 Conflicte, Simptome, Nevroze .....	55
3.2.3.1 Conflictul .....	55
3.2.3.2 Simptomul nevrotic .....	56
3.2.3.3 Inhibiția dezvoltării psihicului și reacțiile de apărare .....	56

3.2.4 Tipuri de personalitate și mecanismele lor de apărare .....	57
3.2.5 Rolul EU-lui în soluționarea conflictelor .....	59
3.2.5.1 Semnificația conflictelor copilăriei .....	59
3.2.5.2 Mecanisme de apărare ale Eu-lui .....	60
3.2.6 Terapia.....	62
3.2.6.1 Situația terapeutică .....	62
3.2.6.1.1 Regula alianței terapeutice .....	62
3.2.6.1.2 Regula abstenenței .....	63
3.2.6.1.3 Regula EU-lui întreg .....	64
3.2.7. Procedura de tratament în cazul psihanalizei .....	65
3.2.8 Intervențiile - tehnici de intervenție .....	66
3.2.8.1 Visul și interpretarea visului .....	67
3.2.9. Rezistență, Transfer, Contratransfer .....	68
3.2.9.1. Rezistența sau Opunerea .....	68
3.2.9.2. Transfer și Contratransfer .....	69
3.2.10 Recapitulare .....	72
<b>3.3. Psihologia Analitică - C.G. Jung.....</b>	<b>78</b>
3.3.1 Elemente principale .....	81
3.3.1.1 Endopsihic și ectopsihic- funcții .....	81
3.3.1.2 Suprapuneri dintre ectopsihic și endopsihic .....	83
3.3.2 Tipuri psihologice .....	84
3.3.3 Arhetipuri .....	87
3.3.4 Procesul de individuație .....	89
3.3.5 Analiza .....	90
3.3.6 Recapitulare .....	93
<b>3.4 Psihologia Individuală – A. Adler .....</b>	<b>97</b>
3.4.1. Teoria psihanalitică a lui Adler .....	98
3.4.1.1 Dominația și inferioritatea .....	99
3.4.1.2 Poziția socială și materială a familiei .....	101
3.4.1.3 Planul, principiile și stilul vieții .....	103
3.4.1.4 Simptomul nevrotic și funcția lui.....	107
3.4.1.4.1 Funcția simptomului nevrotic .....	109
3.4.1.4.2 Intensitatea simptomelor .....	109
3.4.1.4.3 Educația și simptomul nevrotic.....	110
3.4.2 Terapia-procesul și principiile terapeutice .....	111
3.4.3 Recapitulare .....	117
<b>3.5. Alte Concepte (Terapeutice) Analitice.....</b>	<b>122</b>
3.5.1 Vegetoterapia lui Wilhelm Reich .....	122
3.5.1.1 Caracterele (patologice) .....	124
3.5.1.2 Terapia corporală .....	125
3.5.2 Bioenergetica lui Alexander Löwen .....	126
3.5.3 Munca terapeutică .....	129
3.5.4 Psihoterapia Tranzacțională (Analiza Tranzacțională) .....	133

3.5.4.1 Scurtă introducere .....	133
3.5.4.2 Modelul structural al personalității .....	136
3.5.4.3 Dezvoltarea spre viața adultă .....	137
3.5.4.4 Intervenția terapeutică .....	141
3.5.5 Recapitulare .....	144
<b>IV. PSIHOTERAPIA UMANISTĂ</b>	
- PRINCIPALELE CURENTE .....	<b>150</b>
<b>4.1 Terapia centrată pe persoană - Carl Rogers .....</b>	<b>155</b>
4.1.1 Definiția de „persoană” .....	156
4.1.2 Dezvoltarea terapiei .....	158
4.1.3 Terapeutul în concepția lui Rogers .....	165
4.1.4 Procesul terapeutic .....	168
<b>4.2 Terapia Gestaltistă .....</b>	<b>173</b>
4.2.1 Psihopatologia .....	175
4.2.1.1 Blocajele conștiinței .....	177
4.2.2 Obiectivele terapiei .....	180
4.2.3 Strategii terapeutice .....	182
4.2.4 Relația terapeutică .....	191
4.2.5 Formatul ședințelor .....	194
4.2.6 Limite și tendințe .....	194
<b>4.3 Terapia Existențialistă .....</b>	<b>197</b>
4.3.1 Scurt istoric .....	197
4.3.2 Teoria psihopatologiei .....	202
4.3.3 Relația, intervenția și practica terapeutică .....	207
<b>4.4 Logoterapia.....</b>	<b>215</b>
4.4.4 Teoria .....	215
4.4.5 Cei trei pilaștri ai Logoterapiei .....	216
4.4.6 Strategii terapeutice .....	221
4.4.6.4 Limite și tendințe .....	225
<b>4.5 Psihodrama - Jakob Levi Moreno .....</b>	<b>228</b>
4.5.1 Conceptul psihodramei .....	230
4.5.2 Catharsis în psihodramă. Scenariul .....	231
<b>4.6 Recapitulare.....</b>	<b>236</b>
<b>V. INDEX LUCRĂRI.....</b>	<b>259</b>
<b>VI. GLOSAR DE TERMENI .....</b>	<b>264</b>





## *Cuvânt Înainte*

*Faptul că psihoterapiile orientate analitic și umanistic au supraviețuit vreme de peste 100 de ani, perioadă în care numeroase alte abordări și direcții terapeutice au dispărut, evidențiază locul acestor terapii analitice și umaniste ca fiind unul important, bine justificat și ancorat în societatea noastră și în contextul psihoterapiilor moderne.*

*Cu toate acestea, literatura, care nu este de strictă specialitate, care să fie cupinzătoare dar și ușor de înțeles de către publicul larg sau „începător” în acest domeniu, nu se găsește foarte frecvent. Tocmai datorită acestor considerente, lucrarea de față este adresată marelui public, unui public interesat de psihologie și care dorește să facă primi pași spre cunoaștere în direcția psihoterapiilor analitice și umaniste.*

*În această lucrare am renunțat, într-o oarecare măsură, la profunzime în favoarea simplității și a clarității conceptelor analitice și umaniste de bază.*

*Partea care cuprinde istoricul temei este mai pe larg reprezentată, motivul fiind, în opinia mea, faptul că o cunoaștere a începuturilor de drum ale psihanalizei și ale terapiilor umaniste este de importanță semnificativă pentru a înțelege **de ce** și **cum** s-a născut dorința oamenilor, din acea epocă, de a căuta o alternativă la modelele existente în secolele trecute, atât în domeniul psihologiei cât și cel al psihiatriei.*

*Care sunt cititorii pe care mi doresc cel mai mult, m-am întrebat la începutul lucrărilor pentru această carte.*

*Studenți la psihologie, medicină, științe sociale, pedagogie, filosofie sau studenți ai altor catedre, care vor citi această carte, indiferent în ce an de studiu se află, pentru toți am cuprins, acele elemente de bază și esențiale în domeniul psihanalizei și al terapiilor umaniste, iar aceasta într-un limbaj accesibil, fără a apela la prea multe noțiuni de strictă specialitate.*

*Persoanele care se află în formare psihoterapeutică, indiferent de școala pe care o urmează sau aceia care lucrează deja ca psihoterapeuți, pot beneficia de această lucrare.*

*Știind că nu putem lucra monovalent, cu toții avem nevoie de toți pentru a putea evolua și pentru a putea ajuta clientul care apelează la serviciile noastre. În lucrarea de față este evidențiată și ideea acestui aspect integrativ al curentelor analitice și umaniste cu celelalte școli de terapie.*

*Medicii care se adresează acestei lucrări pot fi de orice specialitate, ei vor regăsi elemente din medicină și mai ales din psihiatrie,*

descrise și abordate într-o manieră diferită. Aspectele de interrelaționare între medic și pacient au o dinamică proprie. Înțelegerea bazei psihoterapiilor analitice și umaniste, ne ajută pe mulți dintre noi, medicii, să descoperim o altă cale explicativă spre ceea ce simte sau de ce suferă pacientul nostru, iar, înțelegînd, să îi fim de ajutor și probabil, nu doar lui.

Poate și pentru experții în psihanaliză va fi interesant de răsfoit această carte. Un fel de parcurs înapoi către rădăcini, din când în când, ne face bine. Sunt foarte conștient de faptul că această lucrare nu reprezintă un tratat amplu de specialitate psihanalitică și nici nu are pretenția să fie unul. Însă, cine știe, poate lucrarea va trezi interesul unui student, un viitor mare expert, care, la rîndul său, va continua, vasta operă cu aspecte profunde, de strictă specialitate, cu pagini pe care să le admirăm cu toții.

Nu, în ultimul rînd, această carte a fost scrisă și sper că va fi binevenită și din partea clienților care caută ajutor terapeutic. Este important pentru client să cunoască uneltele cu care lucrează psihoterapeutul orientat analitic sau umanistic. Cunoșcînd esența psihanalizei, a conceptelor de bază ale curentelor psihanalitice și umaniste, clientului îi va veni mai ușor să ocupe locul de partener, de la egal la egal, în timpul ședinței terapeutice, indiferent de școala terapeutică și tehnica utilizată.

Interesul general pentru psihoterapie este în continuă creștere. Există însă și pericolul deprofesionalizării psihoterapiei, „alunecarea” noțiunii de psihoterapie spre domenii care nu au de a face cu atitudinea științifică și pregătirea profesională, acest aspect ne îngrijorează și ne dă de gîndit.

Dorința mea este ca această lucrare să fie ușor accesibilă și pentru persoanele care nu au o legătură strictă cu domeniul psihoterapiei, dar care manifestă un interes spre a înțelege unde se poziționează această psihoterapie analitică și umanistă în acel cadru vast și cuprinzător numit psihoterapie.

Prin intermediul lucrării de față, nutresc speranța că va fi promovată și ideea că psihoterapia este **arta înaltă de a face bine clientului** și nu doar o sursă suplimentară de venit, o artă întemeiată pe un fundament științific, pe eforturi susținute și nu în ultimul rînd poate chiar pe răbdarea și dăruirea de a scrie cărți ce promovează ideile psihoterapiei.

## I. CONSIDERENTE ISTORICE

### 1.1 Primii pași spre psihologie și psihiatrie, ca noțiuni medicale

*“Psihiatria are de fapt, mai multe începuturi. Despre nebunie se discută în corpusul Hipocratic, Aretaeus a descris boala psihică în secolul II e.n, iar Paracelsus și primii umaniști, precum Erasmus, au privit nebunia cu compasiune”(Doctors and Discoveries” - John G. Simmons, pag 148).*

Hipocrate (460– 377 î.c.) a clasificat tulburările psihice în: melancolie, manie și phrenitis (frenezie- febră cerebrală), considerând că o tulburare psihică apare ca urmare a unui “amestec” greșit al lichidelor vitale din corpul uman, ce perturbă funcțiile cerebrale.

Din păcate, tezele lui au fost uitate de mai mult de un mileniu. De-a lungul a o mie cinci sute de ani, orice tulburare psihică a fost considerată ca având drept cauză forțe oculte sau chiar pe diavolul însuși.

Prin urmare, bolnavii psihici erau omorâți, maltratați de către autorități prin amputarea membrilor, torturați ani de-a rândul în subsoluri de către Inchiziție, arși, precum vrăjitoarele posedate de diavoli. La sfârșitul secolului al XVII-lea, în Europa și Statele Unite, arderea vrăjitoarelor era, încă, cel mai frecvent mod de tratament al femeilor bolnave psihic.

La începutul secolului al XVIII-lea, când “mania” uciderii bolnavilor cu deficiențe psihice a luat sfârșit, aceștia au început să fie închiși în încăperi speciale și legați cu lanțuri fixate în

pereți, complet izolați și tratați mai rău decât pușcăriașii, boala psihică fiind considerată, pe atunci, contagioasă.

*“În azilurile mai vechi, aspectele legate de teroare și securitate erau evidente. Vizitatorii povesteau, cu detalii fascinante, aparatele terorii: cada plină cu apă rece în care maniacii erau scufundați fără avertizare, rapid, pentru “o baie surpriză”; camere- mormânt subterane, în care maniacii turbulenți erau izolați; scări abrupte care induceau starea de amețeală; lanțuri, bice, scaune de tortură” (“Managing the mind” - Michael Donnelly).*

Situația descrisă a fost posibilă în pofida faptului că unii medici, precum Weyer, Robert Burton, Philip Pinel, încă din secolele XVI-XVIII, au susținut că tulburarea psihică este o boală, și nu o influență a forțelor negative din exterior. *Pinel chiar a dezvoltat o abordare terapeutică, numită de el “tratament moral”, care a reprezentat “prima încercare de psihoterapie individuală” (“Doctors and Discoveries” - John G. Simmons, pag 149).* Ei au avut curajul să își exprime aceste păreri, ulterior fiind izolați social de Biserică și profesional de către colegi.

Interesant este că filozofia, și nu medicina, este ceea care a pus, într-un fel, bazele psihologiei și psihopatologiei moderne. Astfel, Friedrich W. Nietzsche evidențiază lupta conștientă și inconștientă dintre forțele răului și binelui, dorința absolută pentru dominanța celorlalți. Filozoful Sören Kierkegaard pune bazele existențialismului modern, Schopenhauer publică, cu o sută de ani înaintea lui Freud, ideea “gândurilor și tendințelor conștiente și inconștiente în contextul normal-anormalului”, Eduard von Hartmann tipărește, în 1872, lucrarea “Filosofia inconștientului”, iar scriitorii Friedrich Schiller și Dostoievski descriu în cărțile lor influența inconștientă a părinților și societății asupra psihicului individului.

*“Dar dacă stăm și ne întrebăm ce au în comun psihologia lui Platon, Aristotel, Descartes, Locke, putem numi preocuparea de a dezvolta un sistem psihologic capabil să acopere întreaga gamă a fenomenului psihologic: gândul, emoția, memoria, comportamentul, moralitatea, estetica etc.” (“An intellectual history of psychology”, Daniel N. Robinson).*

## **1.2 Începutul științific al psihoterapiei**

Putem spune că psihoterapia, în sensul ei modern, a apărut la sfârșitul secolului al XIX-lea, odata cu tipărirea lucrărilor doctorilor Freud și Breuer “Cazul Anna O.” (1883) și “Studii despre Isterie”, iar publicarea, în anul 1900, a lucrării “Interpretarea Viselor” a lui Sigmund Freud marchează nașterea oficială a psihoterapiei.

Freud s-a născut în anul 1856, în zona germanică a Boemiei, aflată astăzi pe teritoriul Slovaciei, într-o perioadă în care Darwin nu își publicase încă teoriile evoluționiste, iar orice principiu științific al creării și formării omului, în afara conceptului religios, era considerat blasfemiator.

Putem înțelege dificultatea cu care teoriile moderne izbuteau să pătrundă până în ultimul ungher al lumii civilizate, dacă este să ne gândim că, deja în anul 1925, un profesor la o școală din SUA a fost dat în judecată pentru “răspândirea de fantezii perverse”, pentru susținerea ideii că omul ar putea fi o variantă evoluată a maimuței.

Metoda de tratament prin vorbire, introdusă de Freud și Breuer, a fost denumită, inițial, “psihanaliză”, fiind considerată mult timp un sinonim al “psihoterapiei”.

### 1.3 Considerente antropologice

La începutul secolului al XIX-lea, conștientizarea naturii “duble” a creierului, ca substanță fizică și psihică, a jucat un rol foarte important în nașterea teoriilor “științifice” rasiste. Conform acestora, distincția dintre rase era dată de “nivelul creierului” cu care a fost înzestrată fiecare “specie”, americanii folosind aceste teorii pentru a explica sclavagismul.

*În fapt “rasismul se bazează pe o profundă neînțelegere a culturii, a mecanismelor de învățare și a biologiei speciei umane. Studiul culturii ar trebui să furnizeze un respect profund față de capacitatea omului de a învăța” (The “Racial” economy of science- Sandra G. Harding).*

În anul 1854, medicii Nott și Gliddon publică cartea “Types of Mankind” (“Tipuri de Umanitate”), un adevărat “best-seller”, în care aduc dovezi “științifice” ale asemănării izbitoare dintre creierul de gorilă și cel al unui negru din Africa de Nord.

Mai mult, autorii acestei perioade susțin că negrii din Africa au un creier foarte asemănător cu cel al femeilor albe din Europa, toate acestea pentru a “dovedi” inferioritatea femeilor și a rasei negroide. De aceleași teorii s-a folosit și regimul nazist din Germania, pentru justificarea inferiorității raselor neariene, argumente plasate la baza exterminării aproape complete a unor nații din Europa. “*Castele superioare, sau ceea ce denumim rase caucaziene, ...au fost dotate, în toate epocile, cu creiere mai mari și cu intelectul cel mai evoluat. Ele au misiunea de a extinde și perfecționa civilizația, sunt prin natura lor mai îndrăznețe, ambițioase, dominante, propuslate de un instinct irezistibil*”, notează cei doi autori în cartea lor “Tipuri de Umanitate”, ediția din 1855.

Culmea “dovezii științifice” este faptul că, în lagărele de concentrare, medicii au examinat și creierii unor membri ai Partidului Comunist și au concluzionat că ideologiile comunismului pot fi detectate, în urma modificării patologice a anumitor zone ale creierului.

Dr. Paul Broca, întemeietorul neuropsihologiei, a avut, la rândul său, “contribuții științifice” în domeniu. De exemplu, a măsurat dimensiunea craniului la negri din Africa de Nord și a comparat rezultatul obținut cu măsurătorile similar efectuate la albi din Franța, concluzia fiind că gradul de inteligență umană ar depinde de mărimea diagonalelor craniului. Prin acesta, Broca a dedus că inteligența și capacitatea cognitivă ar depinde strict de forma craniului și, prin urmare, negri ar fi inferiori din acest punct de vedere, forma craniului lor fiind mai apropiată de al diverselor tipuri de maimuțe. Această ineptie umană este de neînțeles.

În 1864, în lucrarea “Phenomena of Hybridity in the Genus Homo”- “Fenomenele Hibridității la Specia Umană”- , Broca nota *“Din datele colectate, rezultă că, anumite încrucișări umane au efecte inferioare.... Întreaga sumă de date cunoscute ne permite să considerăm, foarte probabil, faptul că anumite rase umane, luate două câte două, sunt mai puțin omogene din punctul de vedere al hibridității eugenice animale”*.

O altă aberație în drumul spre conturarea psihologiei și psihiatriei moderne, se regăsește în lucrarea lui S.A. Cartwright, lider de opinie în Statele Unite în domeniul psihiatriei, prezentată în cadrul Congresului Științific din Louisiana, referitoare la fuga sclavilor de pe plantațiile de bumbac din Texas (unde aceștia erau ținuți în condiții absolut inumane).

Această tendință a sclavilor din rândul populației afro-americeane, de a fugi din custodia stăpânilor lor albi, era una inexplicabilă (pentru Cartwright), deoarece *“precum copiii, ei sunt constrânși de legi psihologice inalterabile de a-i iubi pe cei sub autoritatea cărora se află. Astfel, prin natura sa, un negru nu*

*se poate abține să nu-și iubească stăpânul, precum un copil, nu se poate abține a iubi pe cel care îi dă de mâncare”. (The "Racial" economy of science, Sandra G. Harding).*

El a susținut în fața auditoriului că acești sclavi negri suferă de o așa numită boală psihică numită “drapetomanie”, adică au o dorință patologică de a fugi de pe plantații. În urma examinării a 100 de “cazuri”, Cartwright arăta că aproximativ 8% dintre acești negri sufereau de această boală cauzată de concentrația mare a bioxidului de carbon din sânge.

Ca tratament, a recomandat munca grea în aer liber, prin suplimentarea programului zilnic petrecut pe câmp, cu încă 8 ore de taiat lemne în aer liber, pentru a forța sclavul să respire mai adânc și mai frecvent.

Această metodă a fost aplicată deținuților din pușcăria statului Louisiana, pâna la începutul secolului al XX-lea, fiind o rămășiță a teoriei lui Cartwright, care nu putea fi eradicată.

Nici până în ziua de astăzi, nu a putut fi susținută, în mod obiectiv, corelația dintre mărimea craniului și mărimea creierului, respectiv între forma creierului și a craniului și capacitatea cognitivă a indivizilor normali de orice rasă și proveniență.

“Interesant” este și faptul că, anumite studii făcute asupra formei creierului, fizionomiei individului și ordinea și forma cromozomilor, ar putea explica tendințele criminale ale unor indivizi. Experimentele de acest gen au fost susținute prin date “obiective” mulți ani, dovedindu-se definitiv, în 1960, că datele adunate de la mii de deținuți din pușcăriile din Europa și Statele Unite au fost falsificate cu “nerușinare”.



## 1.4 Psihopatologia, ca model pur mecanic

În perioada în care Freud studia medicina și începuse să-și dezvolte ideile pentru teoriile și lucrările sale ulterioare, medicina era văzută ca un model pur mecanic prin care o mașină (omul) era construită de un geniu (Dumnezeu).

Spre exemplu, tot ce se poate întâmpla unei mașini are o explicație pur mecanică (nu neapărat și în cazul mașinilor moderne, supraîncărcate cu electronică și nici al calculatoarelor), astfel că, prin analogie, o tulburare psihică trebuia să aibă neapărat o cauză care se putea vedea, palpa și repara.

De exemplu, se credea ca isteria provine de la “hister” (uter), astfel că, această boală a fost tratată, până în 1870, de ginecologi prin histerectomie. Pentru ei, femeile isterice aveau probleme cu uterul și, prin scoaterea acestuia, problema va fi fost rezolvată. Într-adevăr, mortalitatea de peste 40%, înregistrată în urma histerectomiilor efectuate în lipsa oricăror condiții sterile, a rezolvat definitiv problema.

*“În mod obișnuit, onoarea de a fi eliberat isteria de mitul antic al deplasării uterului le revine lui Le Pois and Willis. Le Pois scria, la începutul secolului XVII, <<toate acestea [convulsii isterice, n.a]- de la cap se trag, și nu prin simpatie, ci prin idiopatie>>” (“History of madness” Michel Foucault, Jean Khalifa, Jonathan Murphy).*

Pacienții schizofrenici erau tratați prin trepanații multiple ale calotei craniene și introducerea unor acizi în cavitatea craniană, care, în mod evident, a determinat decesul acestora.

Sensul unor astfel de “tehnică” era acela că “*subiectul trebuia adus în starea inițială de puritate, stors de propria subiectivitate și reîntors în lume*”. Însă, tehnicile aberante au

*“supraviețuit mult timp ideilor care le-au consacrat... sensul devenind mult mai restrâns, atunci când, definiția nebuniei a fost limitată doar la noțiunea de culpabilitate, astfel că, scopul tehnicilor era doar efectul mecanic sau pedeapsa morală”* (*“History of madness” Michel Foucault, Jean Khalifa, Jonathan Murphy*)

Istoria este plină de astfel de exemple, de aberații criminale, cauzate de ideea complet eronată că totul poate fi reparat mecanic, prin chirurgie.

Psihiatria, de-a lungul secolului XIX și până la începutul secolului al XX-lea, avea să se ocupe, predominant, de căutarea corelației topografice dintre o anumită boală psihiatrică și localizarea acesteia în creier. Se încerca identificarea locului în care există o tulburare funcțională, în scopul de a o putea trata chirurgical.

Paul Broca a fost unul din primii medici care a reușit să arate legătura dintre un anumit centru (aria 44) și funcția vorbirii (afazia Broca). *“Broca identifică, în lucrarea sa din 1869, patru tipuri de afazie: prima era cauzată de pierderea inteligenței și a ideilor, a doua era determinată de probleme mecanice ale aparatului vorbirii datorate afectării nervului periferic; a treia se numea afazie verbală, în care se păstra legătura între pronunție și intelect, iar a patra, localizată în lobul frontal stâng, capacitatea vorbirii articulate și folosirea gesturilor. Broca a fost urmat apoi de Wernicke și mulți alții. Wernicke credea că toți nervii senzoriali se terminau în lobii occipital și frontal. “*(*“Origins of Neuroscience, Stanley Finger”*).

Putem concluziona că, la începuturile ei, psihiatria a fost practic o “neurologie dominant cerebrală”, condusă de ideea că pentru fiecare boală psihică există o corelație topografică în creier (neuropsihologia).

Clasificarea tulburărilor psihice, în secolul XIX, prin folosirea modelului pur științific, mecanic, somatogenetic, trebuie interpretată prin prisma evoluției generale a medicinei vremii, marcată de progrese imense.

Astfel, bacteriologia a descifrat cauza bolilor infecțioase, modelul mecanic al oaselor a fost cercetat în mod ingineresc, funcțiile cardiace și respiratorii au fost explicate prin fizica gazelor și a pompelor mecanice, iar la nivel celular au fost descoperite funcțiile și legăturile intracelulare.

În această euforie a științei biomecanice și mecanogenetice din medicină, concepte precum emoțiile, conștientul, inconștientul, influența socială, influența inconștientă nu au putut avea putere de penetrare. Orice modificare a normalului cerea o explicație clară și trebuia dovedită pur științific.

*” În fond, diferența dintre abordarea psihologică și organică (somatica) a bolilor mintale este dată de accentul pus. De exemplu, în timp ce evidenția importanța factorilor psihologici în natura și tratamentul bolilor mentale, Freud nu nega că anumite boli aveau origine somatică. Și invers, cei mai mulți dintre adepții școlii somatice din psihiatrie au admis existența afecțiunilor psihogene și valoarea tehnicilor psihoterapeutice în multe cazuri ” (The Mentally Ill în America - A History of Their Care and Treatment from colonial times - Albert Deutsch, 1946).*

Din nefericire, acest mod de gândire domină, încă, o mare parte a medicinei de astăzi.

Hipnoterapeuții au fost printre primii cercetători care au pus bazele terapiei bolilor psihice, utilizând metode nemecanice sau nechimice. Un nume important de reținut este cel al lui Franz Anton Mesmer, medic austriac, expulzat din Viena și care a ajuns să practice la Paris.

Cel mai celebru caz al său a fost vindecarea uneia dintre cele mai cunoscute pianiste din Europa, printr-un procedeu hipnotic. Mesmer a devenit ulterior foarte cunoscut și respectat, tratând la Paris, mulți ani și cu mare succes, bolile de isterie.

*“Mulți oameni sunt familiarizați cu termenul de <mesmerizare>, care înseamnă că o persoană este vrăjită sau fascinată de ceva sau cineva, dar nu știu ca derivă de la numele psihiatrului austriac, născut în Franța, considerat odată un vrăjitor”. (“The mental health diagnostic desk reference”, Carlton E. Munson).*

El își explică, însă, succesele printr-un model fizic, susținând ideea că, în corpul uman, circulă așa numitele “forțe magnetice animale”. Considera că, în ființele vii, există fluide magnetice invizibile, iar dacă acest flux magnetic invizibil este deranjat, ar putea apărea bolile. Fluidele magnetice, susține el, pot fi influențate printr-un procedeu, combinat, de plasare a unor magneți externi în jurul corpului și stimulare a forțelor magnetice prin vorbirea într-un mod specific și efectuând ritualuri destul de asemănătoare celor practicate în antichitate, în templele egiptene, cu lumânări, pietre “magnetice” și simboluri mistice în jurul bolnavului, din care făcea parte și vorbirea constantă și cu o anumită frecvență vocală.

*“Își trata pacienții cu mâinile, purtând un halat roșu. Halatul roșu era pentru <<efect>>. Uneori bolnavii erau introduși într-un butoi de stejar, în timp ce Mesmer plimba o nuia peste ei” (“The mental health diagnostic desk reference”, Carlton E. Munson).*

Primul care a folosit cuvântul "hipnoterapie" a fost James Braid în Anglia, în 1843, an în care a publicat un articol despre tratamentul practicat prin așa numitul “somn hipnotic”.

Din nefericire, unii studenți l-au păcălit. Aceștia i-au prezentat două studente cu false simptome de isterie, care au simulat căderea în hipnoză. După tratament, au dezvăluit că, de fapt, jucau teatru și astfel l-au discreditat total pe medic. Probabil, dacă acest fapt nu se întâmpla, hipnoterapia își câștiga mult mai rapid statutul pe care îl merită.

În“Observation on Trance: Human Hybernation”, Londra 1850, James Braid nota: *“în anul 1845 am publicat unele observații asupra remarcabililor fachiri indieni, care se autoprezentau ca având puterea de a fi îngropați de vii, într-un sac, închiși într-o cutie sigilată, pentru câteva zile sau chiar săptămâni, în gropi comune.... La o atentă considerare a întregului fenomen, alături de experiența mea legată de puterile hipnotice, prin care indivizii se pot arunca singuri într-o stare cataleptică sau de transă, mai mult sau mai puțin profundă, în care funcțiile vitale sunt reduse la minimum... am ajuns la concluzia că acești indivizi sunt capabili să facă aceste lucruri prin abandonarea voită într-o stare temporară de hibernare sau transă...”*.

Marele merit al lui Freud este, poate, că a fost primul care a considerat modelul biomecanic, biofizic și mecanogenetic ca fiind insuficient și inutil în diagnosticul și tratamentul tulburărilor psihice și a încercat să găsească alt model teoretic de bază, cu o explicație fundamental diferită, dar științifică, a acestora.

## 1.5 Recapitulare

- Hipocrate (460– 377 î.c) a clasificat tulburările psihice în: melancolie, manie și phrenitis (frenezie- febra cerebral), considerând că o tulburare psihică apare ca urmare a unui “amestec” greșit al lichidelor vitale din corpul uman, ce perturbă funcțiile cerebrale;

- La sfârșitul secolului al XVII-lea, în Europa și Statele Unite, arderea vrăjitoarelor era, încă, cel mai frecvent mod de tratament al femeilor bolnave psihic;

- Unii medici, precum Weyer, Robert Burton, Philip Pinel, încă din secolele XVI- XVIII, au susținut că, tulburarea psihică este o boală, și nu o influență a forțelor negative din exterior. Ei au avut curajul să își exprime aceste păreri, ulterior fiind izolați social de Biserică și profesional de către colegi;

- Filosofia, și nu medicina, este ceea ce a pus, într-un fel, bazele psihologiei și psihopatologiei moderne. Friedrich W. Nietzsche evidențiază lupta conștientă și inconștientă dintre forțele răului și binelui, dorința absolută pentru dominanța celorlalți;

- Psihoterapia, în sensul ei modern, a apărut la sfârșitul secolului al XIX-lea, odată cu tipărirea lucrărilor doctorilor Freud și Breuer “Cazul Anna O.” (1883) și “Studii despre Isterie”, iar publicarea, în anul 1900, a lucrării “Interpretarea Viselor” de Sigmund Freud marchează nașterea oficială a psihoterapiei;

- La începutul secolului al XIX-lea, conștientizarea naturii “duble” a creierului, ca substanță fizică și psihică, a jucat un rol foarte important în nașterea teoriilor “științifice”, rasiste;

- Dr. Paul Broca, întemeietorul neuropsihologiei, a avut, la rândul său, “contribuții științifice” în domeniu. De exemplu, a măsurat dimensiunea creierului a 35 de negri din Africa de Nord și rezultatul l-a comparat cu măsurătorile similare efectuate asupra a 60 de albi din Franța, concluzia fiind că gradul de inteligență umană ar depinde de mărimea diagonalelor craniului;

- Medicina era văzută, la începutul secolului XIX, ca un model pur mecanic, prin care o mașină (omul) era construită de un geniu (Dumnezeu), astfel că, prin analogie, o tulburare psihică

trebuia să aibă neaparat o cauză care se putea vedea, palpa și repara;

- Se credea că isteria provine de la “hister” (uter), astfel că această boală a fost tratată, până în 1870, de ginecologi, prin histerectomie. Pentru ei, femeile isterice aveau probleme cu uterul și, prin scoaterea acestuia, problema va fi fost rezolvată;

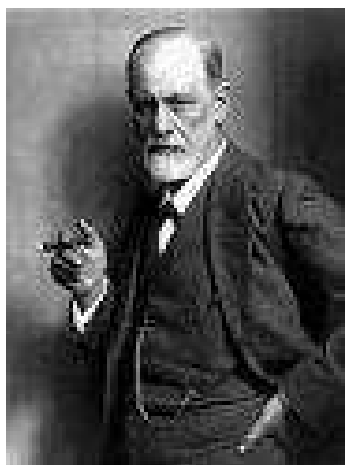
- Psihiatria, de-a lungul secolului XIX și până la începutul secolului al XX-lea, avea să se ocupe, predominant, de căutarea corelației topografice dintre o anumită boală psihiatrică și localizarea acesteia în creier. Paul Broca a fost unul din primii doctori care a reușit să arate legătura dintre un anumit centru (aria 44) și funcția vorbirii (afazia Broca), fiind urmat apoi de Wernicke și mulți alții;

- Hipnoterapeuții au fost printre primii cercetători care au pus bazele terapiei bolilor psihice, utilizând metode nemecanice sau nechimice. Un nume important de reținut este cel al lui Franz Anton Mesmer, medic austriac expulzat din Viena și care a ajuns sa practice la Paris;

- Primul care a folosit cuvântul "hipnoterapie" a fost James Braid în Anglia, în 1843, an în care a publicat un articol despre tratamentul practicat prin așa numitul “somn hipnotic”. Din nefericire, unii studenți l-au păcălit. Aceștia i-au prezentat două studente cu false simptome de isterie, care au simulat căderea în hipnoză;

- Marele merit al lui Freud este, poate, că a fost primul care a considerat modelul biomecanic, biofizic și mecanogenetic ca fiind insuficient și inutil în diagnosticul și tratamentul tulburărilor psihice și a încercat să găsească un alt model teoretic de bază, cu o explicație fundamental diferită, dar științifică, a acestora;

## II. PRIMII PAȘI SPRE PSIHANALIZA MODERNĂ



**Sigmund Freud**

### 2. 1 Evoluția lui S. Freud

Cu toate că, în timpul studenției lui Freud, modelul biomecanic și biofizic domina în patologia psihicului, Freud arăta un interes deosebit pentru metode mai “spirituale”, ca, de exemplu, hipnoza. El a plecat în 1856-1857 la profesorul Breuer, care pe atunci lucra în Chanoir Paris la spitalul Salpêtrier (cel mai mare spital pentru femei din Franța), și folosea hipnoza în tratamentul isteriilor, în

mod special, în cazul așa ziselor “ticuri isterice” și ale tulburărilor de vorbire și de vedere ce se manifesta în cazul isteriilor (în acea vreme boli frecvent întâlnite, astăzi extreme de rare).

*“Colaborarea sa cu Breuer va dura până în 1894. Vor publica împreună Mecanismele psihice ale fenomenelor isterice, apoi, în 1895, ansamblul lucrărilor lor, sub titlul: Studii asupra isteriei. Din 1892 până în 1897 Freud perfecționează metoda asociațiilor libere”- Dr. Adolfo Fernandez Zoila, Freud- Psihanalizele.*

Se poate spune că, isteria era, în acea vreme, o “boala en vogue”, sau “atac de grand histerie”, având ca simptom dominant “arce de cerce” (poziția în care o femeie stă pe spate, curbată dorsal și absolut rigidă). Acesta era un simptom destul de frecvent pe atunci (astăzi extrem de rar întâlnit, nemaifiind deloc



în “vogă”). Isteria era deosebită prin faptul că era bine delimitată de alte tulburări psihice, care pe atunci erau clasificate de către medici în termeni generali precum: “pierderea inteligenței”, “debilitate progresivă”, “fantezii incoerente”, “stări emoționale nepotrivite” și așa mai departe. De aceea isteriile, având un tablou destul de bine delimitat de simptome, erau mai potrivite pentru abordarea științifică și un studiu medical.

Charcot și elevul său, Pierre Janet, nu doar că tratau isteriile prin hipnoză, dar, mai ales, Janet reușea să inducă simptomele isterice prin hipnoză. Prin acest lanț logic, a reușit, astfel, să dovedească că tratamentul trebuie să fie eficient și că nu este doar o coincidență temporară.

*“Charcot va respinge complet teoria veche care atribuia isteria “imaginației” sau iritării uterului. Tot de la Charcot, Freud va afla că, simptomele isteriei sunt delimitate, nu în conformitate cu anatomia sistemului nervos, ci prin referire la conceptele noastre obișnuite despre corp. Isteria, așa cum arăta Freud, se comportă ca și cum anatomia nu ar exista, sau ca și cum nu ar avea cunoștința de ea”. (“Sigmund Freud”- Richard Wollheim.)*

Janet a studiat câteva sute de cazuri de isterie la femei și la bărbați din punctul de vedere al etiologiei și a demonstrat că, în majoritatea cazurilor, apariția simptomelor isterice coincide, ca timp, cu evenimente traumatice de tip “life events”, ca de exemplu moartea, despărțirea, schimbări bruște ale nivelului social etc., el concluzionând că isteria apare ca urmare a unui eveniment traumatic și a vorbit pentru prima dată de “traumatisme psihice”, ca factor etiologic în boala isterică.

Freud, după ce s-a întors de la Paris la Viena, și-a deschis un cabinet particular de psihiatrie, unde a folosit hipnoza în tratamentul bolilor isterice. Influențat de Von Bernheim, el a preluat conceptul ce susținea că simptomele psihice nu sunt statice, ci au o trecere dinamică sau o evoluție între sănatos și

bolnav, sensul fiind și reversibil- putându-se trece și dintr-un om bolnav într-unul sănătos.

Deja, o hipnosensibilitate crescută reprezenta, după Bernheim, un indiciu spre o predispunere la simptome isterice și, așa cum fiecare este într-un anumit grad “hipnotizabil”, fiecare are o anumită predispoziție spre isterie. Freud a mers mai departe, susținând că fiecare individ sănătos poate, în anumite împrejurări, deveni bolnav psihic, având un nucleu marginalizat, inconștient, al bolii.

În timp ce Janet încă susținea că isteria are o cauză genetică, o malformație cerebrală la nivel celular, Breuer și Freud deja puneau pacienții, aflați în hipnoză, să povestească, să “repete” evenimentul traumatic din trecut, care le-au indus simptomele isterice și observau că, în mod sistematic, pacienții se trezeau, după ședințele de hipnoză, cu o stare ameliorată sau chiar vindecați. Breuer numea acest proces, de repetare a traumei în hipnoză, “procesul catarictic” (repetarea și soluționarea în alt mod a unui eveniment traumatic).

*“Noi am orientat atenția pacientului direct spre scena traumatizantă în timpul căreia a apărut simptomul, am încercat să aflăm conflictul psihic și să eliberăm afectul reprimat. Astfel, am descoperit procedura caracteristică proceselor psihice ale nevrozei, pe care mai târziu eu am numit-o regresie”. (“The History of the Psychoanalytic Movement”- Sigmund Freud, 1914).*

Cel mai cunoscut caz terapeutic publicat de Freud și Breuer este "Cazul Anna O.", pseudonim pentru o doamna de proveniență nobilă, Berta von Papenheim, care suferea de o gravă isterie însoțită de dureri insuportabile, care au împiedicat-o să aibă o viață “normală”, de când avea vârsta de 18 ani.

După ședințe săptămânale sau, chiar zilnice, derulate pe o perioadă de 2 ani, Berta von Papenheim a fost vindecată, acesta

fiind primul caz minuțios și foarte științific documentat, care a fost citat și preluat, în nenumărate rânduri, de către literatura medicală de specialitate, ca exemplu de elită pentru eficacitatea psihoterapiei. Din păcate, abia după mulți ani, s-a descoperit că acest caz a fost destul de “trucată” și manipulat și că evoluția nu a fost deloc spre vindecare, cel mult spre o ameliorare, Anna O. luând în timpul terapiei doze mari de morfină și cocaină, fapt ce nu a fost menționat în documentația cazului.

*“În Martie 1895, la 15 ani de la cazul Anna O., lucrarea a fost publicată sub titlul “Studii asupra isteriei”... Freud a numit, în numeroase ocazii, acest caz ca fiind Descoperirea perioadei - Istericii suferă în principal, de pe urma reminiscentelor, concluzionează el.” (“Sigmund Freud”- Richard Wollheim).*

Din păcate, colaborarea între Freud și Breuer s-a întrerupt din cauza divergențelor despre etiologia bolii isterice. Breuer susținea teoria energiilor negative din inconștient, dobândite prin evenimente exterioare, traumatice și “stocate” în inconștient, care apar, mai devreme sau mai tâziu, ca simptome psihogene.

Freud afirma că isteriile, ca și alte boli psihogene, apar din interiorul emoțional, inconștient, prin tendințe sau fantezii sexuale oprite și marginalizate încă din copilărie. Teoriile de bază ale lui Freud cu privire la geneza bolilor psihogene au rămas și astăzi de actualitate sau se regăsesc, mai mult sau mai puțin, în toate curentele de psihoterapie, fie ele orientate analitic, comportamental sau hipnotic.

## **2.2 “Elevii” lui Freud**

Noțiunea de "elev", pe care a folosit-o Freud, ne arată o anumită atitudine a acestuia față de colegii săi.

Din 1902, cabinetul lui Freud a început să fie frecventat de așa numita “societate psihanalitică de miercuri” din care, la început, făceau parte domnii Adler, Kahane, Stekel și Reitler, iar, mai târziu, Abraham, Ferenczi, Jones, Jung, Rank și Reich (doar cei mai cunoscuți sunt enumerați aici).

*„Viena devine centrul de atracție al adepților: Adler (1902), Federn și Stekel încep să practice psihanaliza din 1903. Bleuler (psihiatru elvețian din Zurich) intră în corespondență cu Freud în 1904. Jones, Hitscman, Stäcke se lansează în psihanaliză în 1905. Jung și Freud încep să-și scrie din 1906. Întâlnirile sunt din ce în ce mai dese: Eitingon, Jung și Binswanger sosesc la Viena în martie 1907, Abraham în decembrie 1907, Ferenczi în februarie 1908, Pfister (pastor) în 1909.”(Dr. Adolfo Fernandez Zoila, “Freud-Psihanalizete”).*

În 1906, apare, pentru prima dată în sfera anglosaxonă, cea dintâi lucrare de psihanaliză; în 1908 are loc la Salzburg primul Congres de Psihanaliză; în același timp, se publică, în 6 volume, lucrările și protocoalele dezvoltate de cercul psihanalitic a lui Freud și Breuer, iar în 1920 se tipărește, la Nurenberg, prima Revistă Internațională de Psihanaliză.

*“Această perioadă de dezvoltare intensă a asociațiilor internaționale și a ziarelor și revistelor (Jahrbuch der Psychanalyse, 1909; Zentral Blatt für Psycho-analyse în 1910) va fi și o perioadă de tensiuni, de neînțelegeri, de conflicte. Adler părăsește Societatea din Viena în 1909, Stekel în 1912; Jung rupe relațiile cu Freud în 1913. Ceea ce înseamnă începutul unei perioade creatoare diferite. Aceste rupturi au un efect perturbator asupra lui Freud, care reacționează printr-o supralicitare a muncii sale, o promovare a cercetărilor sale.”(Dr. Adolfo Fernandez Zoila, “Freud- Psihanalizete”).*

După cum vom vedea mai târziu, relația dintre Freud și “elevii” săi a urmat aproape, totdeauna, o anumită “schemă”. Fazele de apropiere sunt urmate de faze de răcire a relațiilor, ruperea totală a elevilor lui Freud de acesta, atât în plan științific, cât și personal, încheind “schema”.

Acest fapt ne dă de banuit că Freud își exercita dominația în cercul său de “elevi” și vedea orice abatere de la ideile și principiile sale ca un atac personal. Într-un fel, dacă stăm să analizăm astăzi, putem interpreta acest fapt ca o tulburare narcisistă sau o insuficiență emoțională a lui Freud, re trăită cu fiecare “elev” în parte.

### 2.2.1 Carl Gustav Jung

La fel ca și Adler, Jung nu a putut accepta faptul că la baza oricărei tulburări psihice stă o dorință sexuală inconștientă. Și el l-a părăsit pe Freud și a deschis o școală separată, creând un curent nou în psihanaliză, așa-numita școală “jungiană”.

*“Ruperea de Adler și semnele că Jung începe să fie în dezacord cu Tatăl, a determinat ca Jones, cu sprijinul lui Ferenczi și Rank, să propună în 1912 formarea unui grup secret care să-l protejeze pe Freud și mișcarea lui - Comitetul”. (“Freud A to Z”, Sharon Heller).*

Desprinderea de Freud s-a realizat, cu adevărat, în urma publicării lucrării “Simboluri și Schimbări ale Libidoului”, în care și el relatează dominanța sexualității ca motor a tot ce face sau gândește individul, dar încearcă să o descrie într-un sens mai larg, ca o energie umană de bază, care ne conduce.

Pentru Jung, inconștientul are, ca subiect, un plan personal și unul colectiv, este sursa, este “pământul pe care crește” conștientul. Inconștientul cuprinde toate evenimentele și emoțiile trăite prin interrelația cu exteriorul colectiv, cât și interrelația cu interiorul emoțional individual.

Ruperea finală între Freud și Jung s-a produs la Congresul Societății de Psihanaliză din München în 1913, în care Freud a atacat brutal tot ceea ce a scris Jung, încercând să demonstreze cât de ridicole sunt ideile acestuia.

Faptul că, teoriile de bază ale lui Jung s-au păstrat, aproape neschimbate, atâția ani, fiind încă bine acceptate și astăzi, se datorează și faptului că Jung a trăit până în 1961 și a asimilat noile idei, care i-au îmbunătățit teoriile. Se poate spune că el acceptă și discuțiile critice, în timp ce Freud considera că cei din jurul lui trebuie să fie niște elevi ascultători.

### **2.2.1 Alfred Adler**

Adler, primul membru marcant care l-a părăsit pe Freud, a plecat de la societatea analitică împreună cu alți membri, ce făceau parte din Partidul Socialist Austriac.

*“Până în 1911, Adler a criticat supozițiile de bază ale lui Freud, care ignora rolul familiei și societății. În mintea lui, sentimentele de inferioritate erau în centrul formării personalității, iar sexualitatea era secundară. Adler a părăsit societatea pentru a-și dezvolta propria psihologie. Freud nu l-a iertat niciodată” (“Freud A to Z”, Sharon Heller).*

Totuși, Adler a păstrat, printr-un prieten comun, legătura cu Freud. Dacă motivele părăsirii erau și politice, nu se va ști

foarte sigur niciodată, cert este faptul că Adler a dezvoltat modelul freudian, spre așa zisa “psihologie individuală”.

Această teorie susține că, în afară de sexualitate, dorința inconștientă de avansare în triunghiul social, spre vârf, este forța care domină comportamentul uman, dorința de bază fiind aceea de a exercita puterea asupra celorlalți și nu impulsul bazat pe dorințe sexuale neîmplinite.

Pâna în ziua de astăzi, teoriile lui Adler se regăsesc des în publicațiile psihosociale din domeniul pedagogic.

### **2.2.3 Wilhelm Stekel**

Wilhelm Stekel este unul dintre primii membri care a părăsit, în 1911, societatea de psihonaliză și a pus la îndoială teoriile conform cărora doar libidoul și sexualitatea stau la baza dezvoltării individuale.

A criticat faptul că tratamentul de psihanaliză se întindea pe o perioadă atât de lungă (dura minimum 3 ani, cu o frecvență de o ședință la 2 zile). A introdus o procedură scurtă și dinamică de psihanaliză, în care și terapeutul avea un rol activ.

### **2.2.4 Otto Fenichel**

Mulți ani, Otto Fenichel a rămas cel mai fidel modelului de bază a lui Freud și l-a apărat în publicații și congrese împotriva multor psihologi marcanți, precum Melanie Klein și Karen Horney, dar și el a adoptat un model mai deschis și modern al psihanalizei clasice.

### **2.2.5 Karl Abraham**

Și-a început cariera medicală ca medic stagiar la profesorul Bleuler și aici îl cunoaște pe Jung, care îl introduce în Societatea de Psihanaliză a lui Freud.

A răspândit intens tezele lui Freud, mai ales în Germania, formând Societatea de Psihanaliză Germană la Berlin. Prima clinică de boli psihiatrice și psihogene, în care instrumentul de bază folosit în tratament era, cu precădere, psihanaliza, îi aparține.

Studenții lui sunt, în mare parte, printre fondatorii școlilor de medicină psihosomatică și psihoterapie din Germania.

Abraham a dezvoltat teoria libidoului ca forță majoră a psihicului uman. Ulterior, alături de colaboratorii săi, a clasificat dezvoltarea sexuală în șase stadii evolutive. A cercetat îndelung posibilitatea de a aplica psihanaliza în tratamentul bolilor psihotice și a încercat să sistematizeze procedura de tratament prin psihanaliză.

### **2.2.6 Sandor Ferenczi**

Este fondator al școlii de psihanaliză din Budapesta și a introdus psihanaliza în Ungaria, ca metodă recunoscută și acceptată. El a renunțat, în mare parte, la teoria libidoului, considerând că dezvoltarea Eu-ului are o mai mare importanță. A împărțit și sistematizat evoluția individului în stadii de raționalizare și de formare a Eu-ului matur.

*“Sandor Ferenczi a fost discipolul cel mai scilipitor și favoritul lui Freud și, în același timp, autoproclamatul “copil teribil al*



*psihologiei”. (Otto F Kerberg în Martin Bergmann’s – “Understanding dissidence and controversy in the history of psychoanalysis).*

Elevul, cel mai cunoscut a lui Ferenczi, este Michael Balint, care a inițiat așa numita “pedagogie a Eu-ului”, prin extinderea teoriei de stimulare pozitivă și întărire a Eu-lui individual, ca o condiție principală în vindecarea problemelor psihice. Tot el a introdus în medicină “ședințele Balint”, în cadrul cărora se discuta deschis interrelația cu pacienții.

*“Dacă teoria relațiilor cu obiectul are o origine identificabilă, în 1937 Michael Balint și-a publicat lucrarea referitoare la dragostea-obiect primar.... care introducea ideea că libidoul nu este în căutarea plăcerii, ci a obiectului... Balint definea dragostea-obiect primar sub forma “Voi fi iubit și satisfăcut, fără obligația de a da ceva în schimb”. Cu uimire remarcăm că o așa schimbare minoră a avut un impact imens asupra dezvoltării ulterioare a psihologiei” (Otto F Kerberg în Martin Bergmann’s – “Understanding dissidence and controversy in the history of psychoanalysis”).*

### **2.2.7 Prăbușirea temporară a societății de psihanaliză**

Odată cu apariția regimurilor naziste și totalitare, majoritatea psihanaliztilor, fiind evrei, au fost forțați să emigreze pentru a nu ajunge în lagărele de concentrare.

Un alt motiv esențial al prăbușirii este faptul că, teoriile dezvoltate de ei, având ca principiu individualitatea umană, erau în contradicție cu filozofia conștiinței colective și a supunerii oarbe, practică de naziști. A fost interzisă exercitarea acestei meserii atât psihanaliztilor evrei, cât și arieni, iar publicațiile de gen au fost suspendate.

În martie 1934, Otto Fenichel scria circulare de la Oslo, unde se refugiase, ca urmare a persecuției evreilor de către regimul nazist, unui cerc restrâns, ce se presupunea că trebuie să fie secret. El cerea cercului să-i prezinte cazul în fața congreselor și revistelor de psihanaliză și să militeze *“pentru dreptul evreilor germani refugiați de a face parte din Societatea Internațională, chiar dacă au demisionat sau au fost expulzați din Societatea de Psihanaliză Germană, dominată acum de naziști.”* (Martin Bergmann’s – *“Understanding dissidence and controversy in the history of psychoanalysis”*).

## 2.3 Recapitulare

- Deși în timpul studenției lui **Freud**, modelul biomecanic și biofizic domina în patologia psihicului, Freud arată un interes deosebit pentru metode mai “spirituale”, precum hipnoza. El a plecat în 1856-1857 la profesorul Breuer, care, pe atunci, lucra în Chanoir Paris, la spitalul Salpêtrier (cel mai mare spital pentru femei din Franța), și folosea hipnoza în tratamentul isteriilor.

- Freud, după ce s-a întors de la Paris la Viena, și-a deschis un cabinet particular de psihiatrie, unde a folosit hipnoza în tratamentul bolilor isterice. Influențat de Von Bernheim, el a preluat conceptul ce susținea că simptomele psihice nu sunt statice. Freud a mers mai departe, susținând că fiecare individ sănătos poate, în anumite împrejurări, deveni bolnav psihic, având un nucleu marginalizat, inconștient, al bolii.

- Cel mai cunoscut caz terapeutic publicat de Freud și Breuer este "Cazul Anna O.", pseudonim pentru o doamnă de proveniență nobilă, Berta von Papenheim, care suferea de o gravă isterie, însoțită de dureri insuportabile. După sedințe săptămânale sau, chiar, zilnice derulate pe o perioadă de 2 ani, Berta von

Papenheim a fost vindecată, acesta fiind primul caz minuțios și foarte științific documentat. Din păcate, abia după mulți ani, s-a descoperit că acest caz a fost destul de “trucată” și manipulat și că evoluția nu a fost deloc spre vindecare, cel mult spre o ameliorare.

- Din păcate, colaborarea între Freud și Breuer s-a întrerupt din cauza divergențelor despre etiologia bolii isterice. Freud afirma că isteriile, ca și alte boli psihogene, apar din interiorul emoțional, inconștient, prin tendințe sau fantezii sexuale oprite și marginalizate încă din copilărie.

- Teoriile de bază ale lui Freud, cu privire la geneza bolilor psihogene, au rămas și astăzi de actualitate sau se regăsesc, mai mult sau mai puțin, în toate curentele de psihoterapie, fie ele orientate analitic, comportamental sau hipnotic.

- Din 1902, cabinetul lui Freud a început să fie frecventat de așa numita “societate psihanalitică de miercuri” din care, la început, au făcut parte Adler, Kahane, Stekel și Reitler, iar, mai târziu, Abraham, Ferenzi, Jones, Jung, Rank și Reich (doar cei mai cunoscuți sunt enumerați aici).

- În 1906, apare, pentru prima dată în sfera anglosaxonă, cea dintâi lucrare de psihanaliză; în 1908 are loc la Salzburg primul Congres de Psihanaliză.

- Toți elevii importanți ai lui Freud s-au rupt total de acesta, atât în plan științific, cât și personal, deoarece Freud vedea orice abatere de la ideile și principiile lui ca un atac personal.

- **Alfred Adler**, primul membru marcant care l-a părăsit pe Freud, susține că, în afară de sexualitate, dorința inconștientă de avansare în triumghiul social, spre vârf, este forța care domină comportamentul uman, dorința de bază fiind aceea de a exercita puterea asupra celorlalți și nu impulsul bazat pe dorințe sexuale neîmplinite.

- Pentru **Carl Gustav Jung** inconștientul are, ca subiect, un plan personal și unul colectiv, este sursa, este “pământul pe care crește” conștientul. Inconștientul cuprinde toate evenimentele și emoțiile trăite prin interrelația cu exteriorul colectiv, cât și interrelația cu interiorul emoțional individual.

- **Wilhelm Stekel** a pus la îndoială teoriile conform cărora doar libidoul și sexualitatea stau la baza dezvoltării individuale. A introdus o procedură scurtă și dinamică de psihanaliză, în care și terapeutul avea un rol activ.

- **Otto Fenichel** a rămas cel mai fidel modelului de bază a lui Freud, dar și el a adoptat un model mai deschis și modern al psihanalizei clasice.

- **Karl Abraham** a răspândit intens tezele lui Freud, mai ales în Germania, formând Societatea de Psihanaliză Germană la Berlin. A dezvoltat teoria libidoului ca forță majoră a psihicului uman. Ulterior, alături de colaboratorii săi, a clasificat dezvoltarea sexuală în șase stadii evolutive.

- **Sandor Ferenczi** este fondator al școlii de psihanaliză din Budapesta și a introdus psihanaliza în Ungaria, ca metodă recunoscută și acceptată. El a renunțat, în mare parte, la teoria libidoului, considerând că dezvoltarea Eu-ului are o mai mare importanță. A împărțit și sistematizat evoluția individului în stadii de raționalizare și de formare a Eu-ului matur.

- Odată cu apariția regimurilor naziste și totalitare, majoritatea psihanalistilor, fiind evrei, au fost forțați să emigreze pentru a nu ajunge în lagărele de concentrare. A fost interzisă practicarea acestei meserii, atât psihanalistilor evrei, cât și arieni, iar publicațiile de gen au fost suspendate.

### III. PSIHANALIZA MODERNĂ

#### 3.1 Definiția conceptului de psihanaliză

Psihanaliza este:

- o teorie generală din cadrul psihologiei, care se ocupă cu cercetarea și dezvoltarea unui model explicativ al comportamentului și proceselor normale emoțional umane și patologice. Din aceasta fac parte subteoria despre dezvoltarea individuală, teoria dezvoltării nevrozelor, teoria implicării sociale și familiale în dezvoltarea psihicului uman.

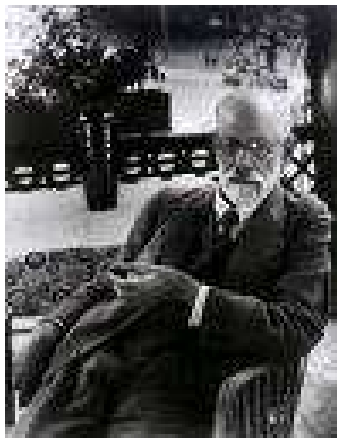
- o metodă de cercetare a proceselor psihice, în așa numitul "setting terapeutic", din care fac parte procedee de asociere liberă și interpretare a viselor.

- o procedură pentru tratarea tulburărilor psihice, din care fac parte transferul și contratransferul, analiza rezistențelor, analiza proiecțiilor și proceduri de interpretare ale acestora.

*“Admițând că terapia psihanalitică nu este- cum cu toata modestia, recunoaște părintele ei- un soi de panaceu, neputându-i-se pretinde să facă minuni, este, în afară de orice îndoială, faptul că, psihoterapia pusă la punct de Freud și discipolii lui, dă rezultate din ce în ce mai bune, îndeosebi în ceea ce privește isteria, nevrozele anxioase, obsesiile, inhibițiile, fobiile, perversiunile sexuale, complicațiile vieții erotice” (Leonard Gavrilu în Prefața “Introducere în psihanaliză” de S. Freud.)*

## 3.2 Psihanaliza în concepția lui S. Freud

### 3.2.1 Elemente și noțiuni de bază ale teoriei psihanalitice freudiene



**Sigmund Freud**

După cum am citit până acum, psihanaliza este legată, în cea mai mare parte, de munca practică a lui Freud. Din cazuistica sa, acesta a extras concluzii și a elaborat un cadru teoretic. La începutul carierei sale, perioadă în care a lucrat la Paris, a încercat, la fel ca și alți medici ai acelei epoci, să trateze bolnave de isterie prin metodele uzuale ale vremii: electroterapie, aquaterapie, fizioterapie, părăsind însă, la scurt timp, toate aceste

modele care nu au dat rezultatele așteptate, Freud îndreptându-și astfel atenția spre hipnoterapie.

Hipnoterapia este un procedeu dezvoltat ulterior și se adresează inconștientului bolnavului, încercând să-i “inducă” acestuia, în timpul stării de hipnoză, o ștergere sau o modificare a simptomelor bolii.

*„Hipnoza a ajuns, așadar, să fie folosită ca o metodă de a trezi în pacient capacitatea de a-și aminti originile uitate ale unui anumit simptom. În loc să fie utilizată ca un atac direct asupra simptomelor, prin intermediul sugestiei, a devenit o metodă de investigație”. (A. Storr- „Freud.Maesterii spirituali”).*

Cu toate că, reușitele de început ale hipnozei au fost impresionante, simptomele inițiale dispărând după scurt timp,

bolnavii au revenit cu o simptomatologie diferită, după un interval, primele simptome fiind înlocuite inconștient cu altele.

Freud a concluzionat corect, faptul că, prin sugestie, simptomele se modifică, dar nu se elimină cauza bolii nevrotice. Hipnoza modernă se folosește de alte tehnici pentru a aborda cauza bolii, apelând, nu numai la simptome, așa cum vom vedea mai târziu.

### **3.2.1.1 Teoria visului**

Primul și cel mai cunoscut caz al interpretării viselor, a fost Anna O., pacienta lui dr. Breuer, care prezenta simptome grave și variate. Breuer a observat că pacienta, lăsată să vorbească despre orice îi trecea prin minte și mai ales să își povestească visele în stare hipnotică, a produs un “material” valoros, divers și bogat pentru analizele sale.

Breuer a numit acest fenomen “cura prin vorbire” și se baza pe asocierile libere ale pacientei, în timp ce terapeutul asculta, fără să intervină, iar acest fapt, au observat Breuer și Freud, determina dispariția sau ameliorarea simptomelor. Interpretarea spuselor pacientei nu se făcea în mod activ, intervențiile terapeutului constând doar în a cere acesteia să își continue ideile și “povestea”.

*“Sigmund Freud a avansat, în Interpretarea Viselor, ipoteza care susținea că visele au, atât o semnificație-manifest, cât și o semnificație latentă sau simbolică. Freud gândea însă că, înțelesul simbolic și latent al visului oferea un material mult mai bogat de interpretare”. („Dream interpretation as a psychotherapeutic technique”, Frederick Lawrence Coolidge).*

Împreună cu Freud, Breuer a dezvoltat ideea că asocierile pacienței aveau întotdeauna de-a face cu o traumă anterioară. "Metoda catharsis", după cum au numit-o aceștia, se baza pe declanșarea unei stări de criza emoțională, prin repetarea traumei, cu scopul obținerii unei stări de relevare și ușurare pentru prezent.

Freud, mai târziu, a lansat noțiunea de "emoție traumatică închisă", subliniind faptul că evenimentul, care nu a putut fi prelucrat adecvat la timpul său, se va manifesta mai târziu, sub simptome diferite. "Metoda asociației libere", prin care pacientul stă pe canapea complet relaxat și vorbește despre trecut și prezent, fără a fi dirijat sau cenzurat de norme sociale sau de "feed back-ul" terapeutului, este folosită și astăzi în psihanaliza de lungă durată.

*"Freud analiza visul rând cu rând aproape. Aceasta consta în asociații variate cu numeroase elemente ale visului. La final, a concluzionat că, semnificația lui este legată de materializarea unei dorințe. Mai târziu ... el a admis că nu toate visele, precum unele coșmaruri cauzate de evenimente traumatice importante, au legătură cu îndeplinirea unei dorințe.... " („Dream interpretation as a psychotherapeutic technique", Frederick Lawrence Coolidge).*

Asociația liberă a devenit principala metodă de lucru a lui Freud. După ce a acumulat o vastă experiență lucrând cu pacienți, acesta a remarcat faptul că, în visele și asocierile pacienților, sexualitatea joacă, întotdeauna, un rol important, chiar esențial.

Freud a dezvoltat, pe această bază, teoria că, majoritatea simptomelor apar ca urmare a evenimentelor legate de sexualitatea infantilă și din frustrări, din cauza nesatisfacerii fanteziilor sexuale ale copilului. La început, Freud a crezut că fanteziile sexuale, pe care le prezentau pacienții isterici, aveau un substrat real, dar, cu timpul, a realizat că ele nu rezultau din



traume sexuale, ci doar din dorințele sexuale inconștiente, neîmplinite, sau produse ale fanteziei lui.

*„Pentru a explica o stare de lucruri, în legătură cu care nu se consideră necesară teoretizarea, amintim că nu există tendințe care să fi fost mai bine refulate și combătute în noi de către morală și civilizație, precum tendințele sexuale. Mai mult, la majoritatea oamenilor, aceste tendințe știu perfect să se sustragă tiraniei funcțiilor psihice de ordin mai elevat. Studiul pe care l-am făcut în altă parte asupra sexualității infantile, a manifestărilor sale obscure și, în general neînțelese, ne autorizează să spunem că, aproape la toți indivizii civilizați, evoluția infantilă a vieții sexuale se oprește într-un punct. În consecință, dorințele sexuale refulate la copil vor deveni, mai târziu, resorturi multiple și puternice ale formării viselor adulte”. („Interpretarea viselor”- S. Freud).*

Aceste cazuri au conturat, în final, teoria libidoului, energie principală, care inițiază după modelul freudian orice formă de relație interumană, pe întreg parcursul vieții.

Libidoul, în sens freudian, trebuie înțeles, nu numai ca o atracție sexuală legată de zona genitală, ca energie de atracție interumană și relațională. Teoria afirmă, în plus, că orice simptom al bolii isterice este născut dintr-o tulburare în economia libidoului, ca de exemplu "Complexul lui Oedip", care, după Freud, are un rol principal în orice tulburare isterică.

*„Formularea complexului lui Oedip își află originea în autoanaliza lui Freud. Într-o scrisoare către Fliess, datată 15 octombrie 1897, Freud scria << Autoanaliza mea este de fapt lucrul cel mai important de care dispun în prezent și ea promite să capete pentru mine cea mai înaltă valoare, dacă e dusă la bun sfârșit... Nu e deloc un lucru ușor. Sinceritatea absolută cu tine însuși e un bun exercițiu>>.” (A. Storr- „Freud.Maestrii spirituali”).*

Modelul structural al lui Freud a început prin diferențierea așa numitelor nevroze actuale și nevroze tardive. Nevrozele actuale erau dobândite printr-o acțiune fizică, ca de exemplu masturbarea, prin incapacitatea de descărcare a energiei libidoului (hormonal, biochimic), și se transformau direct în simptome somatice.

Toate variațiile de anxietate și frică patologică, nevrozele psihogene (târzii), nevrozele de transfer, care cauzau apariția isteriei sau a nevrozei obsesionale, erau produse după Freud în timpul copilăriei primare, prin conflictele apărute în dezvoltarea libidoului și din imposibilitatea prelucrării psihice a conflictului.

În jurul anului 1920, Freud a părăsit parțial această teorie, precum și principiul energetic sau bioenergetic, și a dezvoltat modelul de “EU”, punându-l în centrul atenției psihanalizei. Freud a început să facă diferența între stările de “SINE”, “EU”, “SUPRAEU” (Super Ego), și, definind scopul psihanalizei, a spus “Unde a fost SINE, să fie înlocuit cu EU”, ca o cale spre vindecare.

*„Atunci când, din asociațiile libere se iveau subiecte primejdioase sau dezagreabile, pacientul înceta să vorbească liber, pretindea că nu-i mai trece nici un gând prin minte, spunea că a uitat care e subiectul discuției — altfel spus, devenea evaziv. Freud spunea că << Forța care instituie și menține refularea este percepută ca rezistență în timpul activității de analiză. Ceea ce înseamnă că, o parte a eului, asociat până acum doar cu conștiința, putea fi inconștientă>>.” (A. Storr- „Freud.Maestrii spiritali”).*

Anxietatea și frica, ca mecanisme patologice, au fost reformulate, în timp, de Freud. La început, a susținut că frica este rezultatul libidoului nedescărcat. Ulterior, a redefinit-o ca o emoție împinsă și ascunsă în inconștient, ca rezultat al incompatibilității dorințelor libidinale ale SINE-lui, ajunse la EU,

loc în care, neputând fi trăite, deoarece sunt suprimate de funcția de control și cenzură a SUPRAEU-lui, aceste conflicte nerezolvabile sunt împinse și ascunse în inconștient, unde acționează în producerea simptomelor.

*„Freud a recunoscut că termenul „inconștient” era folosit în chip mai potrivit ca adjectiv descriptiv, decât ca substantiv topografic. Deși tot ce era refulat era inconștient, nu tot ce era inconștient era refulat. Noul model freudian al psihicului, care era o consecință a acestor reflecții și a altora similare, era alcătuit din trei părți: eul, sinele și supraeul.” (A. Storrs, „Freud. Maestrii spirituali”).*

### 3.2.1.2 Aparatul psihic lui Freud

Aparatul psihic, după Freud, se împarte în trei instanțe sau trei “provincii psihice”- **SINE, EU, SUPRAEU**.

- **SINE:** în SINE acționează impulsurile biologice, rudimentare, arhaice, animalice, în forma lor nesocializabilă. SINE-le se încarcă cu energia din interior, adică nu comunică direct cu exteriorul, el cere satisfacția “infantilă”, imediată a trebuințelor, este instanța arhaică, încărcată cu trebuințele primare. Fără instanțele de control, SINE-le se află permanent în conflict cu exteriorul, care ar duce la conflicte existențiale și vitale cu orice subiect extern.

- **SUPRAEU:** reprezintă instanța de control și cenzură morală, socială și etică, adică normele de comportament date de mediul social și părinți, instanța de corectare a comportamentului greșit al EU-lui.

Aceste norme fac parte din mediul extern, din copilăria primară și devin din ce în ce mai internalizate, mai personalizate, “instanțe de control sau cenzură internă”.

Conștiința morală sau socială sau etică este produsul SUPRAEU-lui internalizat, ce se transformă, firesc, într-un mod de viață internalizat, pe măsură ce individul îmbatrânește. Cu timpul, conștiința preia (internalizează) instanța de control, care la începutul vieții este pur externă, fiind inoculată de părinți, profesori, bunici etc. În dezvoltarea patologică nevrotică, această instanță externă continuă să funcționeze inconștient în conștiința noastră, ducând la un conflict permanent între dorința de a-și dezvolta EU-ul adult și independent și tendința de a fi dominat de SUPRAEU-ul internalizat, se adaugă și dorințele și tendințele impulsive și animalice ale SINE-ului.

- **EU-ul**, între cele două instanțe (impulsivitatea animală și control cenzurat), caută permanent compromisul și o posibilă armonie, acestea fiind obținute prin frânarea trebuințelor emoționale rudimentare ale SINE-lui și încercarea de a le adapta și a le realiza în realitatea situației date, în același timp adaptând situația, pe cât posibil, normelor date de SUPRAEU (adică normele societății și situațiilor). EU-ul este, în esență, instanța care decide între nelimitatele tendințe și dorințe ale SINE-lui și cenzura normativă a SUPRAEU-lui.

Spre exemplu, ne putem imagina un călăreț din cavalerie, adică EU-ul, ce călărește un cal sălbatic, puternic și rapid, cu tendința de a fugi necontrolat și cât mai rapid (adică SINE-le), iar SUPRAEUL formațiunea de cavalerie ce nu permite prea mare libertate de mișcare și o viteză nepotrivită. Ideal pentru un cal rapid și puternic, ce dorește să ajungă în față cât mai repede, este să aibă un călăreț care îl poate, la nevoie, stăpâni, și o formațiune care să-l mențină organizat și disciplinat pentru luptă.

Pentru a înțelege relația între EU și SUPRAEU, este bine de reținut că SUPRAEU-ul pedepsește EU-ul, nu doar pentru faptele greșite, dar chiar și pentru gândurile la acțiuni greșite.

### 3.2.1.3 EU, SINE, SUPRAEU și inconștient, preconștient-conștient

Funcția EU-lui este de adaptare la mediul real, înconjurător, a dorințelor SINE-ul și a opresiunilor SUPRAEU-lui, adică putem spune că EU-ul se folosește de conștient (compus din controlul motor, percepție, memorie).

*„Eu-l este acea parte a psihicului care reprezintă conștiința. El utilizează procesul secundar: respectiv rațiunea, simțul comun și capacitatea de a amâna răspunsul imediat la stimuli externi sau la imboldurile instinctive interne. El își are originea în sine. Freud a descris eu-l ca o „organizare specială” strâns legată de organele de percepție, deoarece, la început, el se dezvoltă ca urmare a stimulilor din lumea exterioară care asaltează simțurile. Eu-l este mai întâi și, cu deosebire, un eu corporal. Prin aceasta Freud vrea să spună că eul, provenind la origine din senzațiile izvorâte de la suprafața corpului, este o proiecție a suprafeței corpului” .(A. Storr- „Freud.Maestrii spirituali”).*

Inconștientul este locul în care se păstrează toate limitele, normele sociale și personale, pe care ni le impune SUPRAEU-ul. Ca exemplu, "dacă nu mănânci tot din farfurie, nu ești cuminte", aceste norme de comportament sunt stocate și “memorate” în inconștient.

Inconștientul mai este și locul în care SINE-le își dezvoltă dorințele, tendințele și impulsurile. Conflictele dintre SUPRAEU și SINE se petrec tot în inconștient. Tot aici este și locul în care sunt împinse problemele nerezolvabile ale EU-ului, ca de exemplu "o iubesc pe mama mea, dar mă bate tot timpul, adică o și urăsc".

Problemele ajunse în inconștient sunt greu de readus în conștient sau chiar imposibil, ele nu sunt compatibile cu viața normală, sănătoasă.

Preconștientul este locul în care EU-ul poate plasa evenimentele care nu ne sunt importante și esențiale aici și acum, în prezent. Ele circulă între conștient și inconștient, dar sunt ușor recuperabile de către conștient, la nevoie.

Preconștientul este vital și necesar vieții. Automatismul, de exemplu, cu care conducem mașina, este un fel de preconștient, nu suntem conștienți tot timpul de ceea ce facem, dar o facem foarte bine.

### 3.2.1.4 Impulsuri sexuale

Esența personalității noastre, spune Freud este SINE-le, el ne domină în cea mai mare parte a vieții, de la naștere și până la moarte. El este sursa existenței noastre.

*„Freud a făcut o distincție netă între două moduri de funcționare mentală pe care le-a numit proces primar și proces secundar. Sinele utilizează procesul primar, respectiv mecanismele condensării, deplasării, simbolizării și realizării halucinatorii a dorințelor... El ignoră totodată categoriile timpului și spațiului, tratând contrariile, precum întuneric/lumină sau înalt/adânc, ca și cum ar fi identice. Așa cum reiese din descrierea lui Freud, sinele e guvernat de principiul cel mai elementar, mai primitiv al dinamicii mentale: evitarea „neplăcerii” generate de tensiunea pulsională”. (A.Storr- „Freud. Maestrii spirituali”).*

În principiu, în SINE coexistă mai multe tendințe, pe care le putem grupa în două categorii:

1. impulsul *EROS*-ului primar, care reprezintă puterea sexuală care ne face să iubim, să dorim, să ne înmulțim, să supraviețuim, să ne satisfacem dorințele la orice nivel;

2. *THANATOS*, care este o putere tardiv dezvoltată, ce caută să desfacă, să dezorganizeze, să distrugă, este tendința de suicid.

Lupta între aceste puteri și dominanța uneia dintre ele dau naștere unei varietăți de vieți și personalități.

Energia care stă la baza EROS-ului este libidoul. Libidoul se dezvoltă, de-a lungul vieții, în diverse forme. În copilăria primară este fixat, într-un mod absolut narcisist, de satisfacere a trebuințelor primare proprii, cu timpul el ne determină să dorim să fim cu altă persoană, să “vrem” o altă persoană. Libidoul poate fi direcționat spre o anumită persoană sau spre un grup de persoane (către o anume femeie sau către toate femeile care îmi plac, e.g).

*„Freud concluziona <<Ura, ca relație cu obiectul, este mai veche decât iubirea>>. Această afirmație a fost făcută într-o lucrare din 1915, <<Pulsiuni și destine ale pulsiunilor>>. În ea, Freud a recunoscut, pentru întâia oară, existența unei <<pulsiuni agresive>> ca un constituent al eului distinct de pulsiunea sexuală, înaintea acestui moment, el privea agresiunea ca pe un aspect sadic al pulsiunii sexuale, <<un îndemn la dominare>>, o formă primitivă de luptă pentru obiectul sexual și de dominare a sa.”(A. Storr- „Freud. Maestrii spirituali”).*

În cazul în care libidoul este proiectat asupra unui obiect sau subiect care nu ne este permis de SUPRAEU să-l dorim (din cauze normale, morale sau sociale), are loc procesul de sublimare, adică suprimarea energiei. În cel mai fericit caz, aceasta energie este dirijată spre alte activități creative, iar, în cel mai nefericit - spre simptome nevrotice.

Libidoul, din punct de vedere topografic, își schimbă poziția de-a lungul anilor. Freud susține că plăcerea satisfacției libidinale provine din zone diferite ale corpului, intensitatea satisfacției libidinale variind în funcție de vârstă, de la o zonă la alta.

Thanatos este tendința de a distruge orice tensiune și a ajunge la distrugerea oricărei structuri în relația emoțională. *“După lungi ezitări și șovăieli am hotărât să acceptăm existența a doar două pulsioni de bază, Eros și pulsionea de distrugere.”* (SE, XXIII.)

Această teorie a fost dezvoltată de Freud sub impresia primului război mondial, în încercarea de a găsi o explicație analitică a capacității, brutalității și forței aproape nelimitate a omului de a distruge. Thanatos era explicația pentru această forță și reprezintă dizolvarea vieții și readucerea materiei în stare desființată. *“Pulsionea de distrugere, temperată și îmblânzită, ... inhibată în țelul său, trebuie să furnizeze eului, atunci când este îndreptată spre obiecte, satisfacerea nevoilor sale vitale și controlul asupra naturii”* (SE- XXI)

Ideea că există un „ceva”, opusul vieții, de care ne este frică, acel Thanatos distrugător din noi, Freud a dedus-o după ce a analizat sute de visuri, în care a observat repetarea situațiilor în care viața este amenințată (coșmarurile) - căderea de la înălțime, înecul, fuga de dușmani etc, urmat de o trezire bruscă și senzația de frică.

*„Dacă acceptăm, ca pe un adevăr ce nu cunoaște excepție, faptul că tot ce trăiește moare din motive interne — devine din nou anorganic —, vom fi siliți să spunem că „scopul oricărei vieți este moartea”, iar, privind înapoi, că „lucrurile neînsuflețite au existat înaintea celor însuflețite”. (SE, XVIII).*

### 3.2.1.5 Fazele dezvoltării psihosexuale

Freud susținea că sexualitatea nu începe odată cu pubertatea, ci, din prima zi de viață. Noțiunea de sexualitate, definită prin satisfacția exclusivă a zonelor erogene, nu este



acceptată de către Freud. El concepe sexualitatea ca o satisfacție a oricărei dorințe sau plăceri, ce poate fi legată de fizicul uman.

*“În general se admite că instinctul sexual lipsește în copilărie și nu se trezește decât în perioada pubertății. Aceasta e o greșeală grea în consecințe, deoarece ei îi datorăm ignoranța în care ne aflăm cu privire la condițiile fundamentale ale vieții sexuale ..... Amnezia infantilă este un fenomen curios, care pentru majoritatea indivizilor, dacă nu pentru toți, acoperă cu un văl gros primii șase sau opt ani din viața lor”. (“Sexualitatea infantilă” - S. Freud).*

### **3.2.1.6 Fazele infantile ale libidoului**

Teoria fazelor susține că individul, în funcție de vârstă, primește satisfacția libidinală maximă în zone diferite ale corpului.

**a) Faza orală** (0 – 1an) este dominată, la început, de satisfacția primirii hranei prin supt, toată energia și ritmul de viață a sugarului fiind dominate de actul de fi hrănit de mama sa, de sticlută. După câteva luni, sugarul își poate satisface aceste tendințe singur, sugându-și degetul sau își ține singur biberonul în gură.

Putem împărți faza orală, în faza orală primară- în care sugarul sugă permanent și în cea secundară- în care bebelușul mai mult mușcă, începând să mănânce mâncare solidă sau semisolidă. Primul obiect pe care sugarul îl asociază cu satisfacția este sânul mamei, adică prima lui relație cu un obiect care îi dă senzația de bine.

*“Suptul, care se acompaniază de plăcere, absoarbe întreaga atenție a copilului, apoi îl adoarme sau poate chiar să-i inducă*

*reații motrice, un gen de orgasm. De asemenea, adesea, suptul se acompaniază cu atingeri repetate ale organelor genitale externe. Astfel, copiii trec adesea de la supt la masturbare”. (“Sexualitatea infantilă”- S. Freud).*

**b) Faza anală** (1-2 ani sau 1-3 ani) - copilul este fixat pe excreție, ritmul zilei fiind dominat de mersul la oliță, marcat de laudele părinților, sau de supărarea acestora că nu folosește constant olița. Copilul învață puterea și conflictul, refuză normele de igienă (adică primul conflict cu SUPRAEU-ul se petrece în faza anală) și înțelege că poate provoca reacții diferite, cu un comportament diferit.

*“Copiii, care folosesc excitabilitatea erogenă a zonei anale, se trădăază pentru că rețin materiile fecale până când acumularea acestor materii produce contracții musculare violente și, trecând prin sfincterul anal, provoacă o vie excitație a mucoasei”. (“Sexualitatea infantilă”- S. Freud).*

**c) Faza falică** (între 3-6 ani) - băieții încep să primească satisfacții prin atingerea genitală (Freud s-a concentrat doar pe băieți, susținând că fetele nu au aceeași evoluție). Frecvența autoatingerii și curiozitatea legată de organele genitale este foarte accentuată, și de aici se produc divergențele între normele etice ale părinților, religie și copil.

**d) Faza de latență** (ține până la pubertate, maturitatea sexuală) - satisfacția sexuală joacă un rol destul de minor. Copilul își îndreaptă atenția mai mult spre interrelațiile sociale cu alți copii și cu mediul social.

**e) Faza genitală** - atenția este dominată de către satisfacția genitală, prin apariția fanteziilor sexuale, masturbarea, primele experiențe sexuale cu sexul opus, până la satisfacția coitală.

*„Trebuie să recunoaștem, spre regretul nostru, că cercetarile noastre asupra tulburărilor vieții sexuale indică insuficiența cunoștințelor pe care le posedăm cu privire la procesele biologice care le constituie esența. Nu ne putem, deci, forma, din aprecerile noastre izolate, o teorie capabilă să explice suficient caracterelor normale și patologice ale sexualității” („Sexualitatea infantilă”- S. Freud).*

### **3.2.2 Alte noțiuni de importanță în psihanaliza freudiană**

*„Biblia și mitologia greacă constituie fondul ascuns al cunoștințelor literare ale lui Freud. Shakespeare îi va stârni admirația constant. Complexul Oedip are rădăcini atât în Sofocle, cât și în Hamlet. Să mai semnalăm și că noțiunea de catharsis este preluată din Poetica lui Aristotel: purificarea obținută prin efecte de tragedie îl va determina pe Freud să facă din terapia psihanalitică un fel de monodramă personală, ce culminează cu așa-numita nevroză de transfer.” (Freud-Psihanalizele, Dr. Adolfo Fernandez Zoila).*

#### **3.2.2.1 Complexul lui Oedip**

Freud sugera că penisul este singurul organ genital important în faza falică, ambele sexe considerând penisul ca idealul întregului individual.

Băieții încep să se autoexcite sexual prin atingerea penisului, dezvoltă apoi și fantezii legate de sexul opus, având, inconștient, pe mama ca ideal feminin primar, proiecțiile sale sexuale primare fiind îndreptate spre mama.

*„Freud a ajuns să susțină că, în momentul în care ajunge la stadiul „falic” de dezvoltare, în jurul vârstei de 4 sau 5 ani,*

*băiatul este interesat din punct de vedere sexual de mama sa, vrea să dobandească o posesiune exclusivă asupra ei, nutrind, aşadar, impulsuri ostile faţă de tatăl său. Totuşi, ostilitatea stârneşte teama că tatăl va trece la represalii, iar forma pe care o pot lua represaliile este cea a castrării” (A. Storr-„Freud.Maesterii spirituali”).*

Fetele simt lipsa penisului ca un fapt care le produce aşa numitul complex de insuficienţă, din cauza lipsei penisului, ele simţindu-se mai puţin valoroase, aceasta fiind prima traumă feminină, după Freud.

Băieţii sunt şi ei traumatizaţi de frica castrării (pierderea organului genital), de prima privire asupra zonelor genitale feminine (lipsite de penis), şi de distanţa care se măreşte între ei şi mama ideală (obiectul sexual primar).

Complexul lui Oedip joacă în psihanaliza de astăzi un rol important, dar nu unul atât de dominant cum era la începuturile ei.

- **Identificarea cu tatăl**

Băieţelul, imediat după naştere, simte o atracţie libidinală faţă de mama lui, intuind că tatăl este fizic, aproape de mamă. În primă fază, el se identifică cu tatăl, ca să poată căpăta aceleaşi drepturi asupra mamei, iar în faze mai tardive el începe să se lupte cu tatăl, dezvoltând un simţ al concurenţei, astfel că ajunge să lupte, în mod inconştient, împotriva tatălui până la pubertate pentru apropierea fizică libidinală inconştientă faţă de mamă.

*„Exprimat atât de direct, înţelesul dat de Freud complexului lui Oedip, anume că reprezintă stadiul afectiv principal prin care orice fiinţă omenească trebuie să treacă pentru a dobândi stabilitatea şi fericirea vârstei adulte, pare brutal. Am arătat deja, că Freud s-a străduit mereu să reducă fenomenele psihologice şi afective la fenomene fizice. Afirmaţia că toţi băieţii se tem ca nu cumva să fie castraţi de mâna propriului lor*

*tată sună ridicol atunci când e luată în sens literal. Dacă însă, am exprima -o altfel, afirmând că băieții sunt foarte preocupați de stabilirea identității lor ca bărbați, că simt o rivalitate cu tatăl lor și pot fi lesne făcuți să se simtă umiliți sau amenințați de remarci înjositoare la adresa staturii lor, a slăbiciunii, neputinței sau lipsei lor de experiență, cei mai mulți oameni vor subscrie.” (A. Storr- „Freud.Maestrii spirituali”).*

### • **Identificarea cu mama**

La fel ca și la băieți, fetelor li se întâmplă o apropiere libidinală față de tată, primul bărbat din viață și idealul inconștient. Începând cu faza de descoperire autosexuală prin autoatingeri, fanteziile lor de apropiere față de tată, le fac să își concureze mama și să ducă o luptă inconștientă pentru a o înlocui. Această teorie este mult controversată și în ziua de astăzi.

*„Versiunea feminină a complexului lui Oedip e mai puțin clar elaborată, corespunzător faptului că Freud a privit toată viața femeile ca pe o enigmă. Totuși, Freud a conchis că, deși la început fata este legată afectiv și de mama sa, descoperirea faptului că nu are penis și că este, ca atare, o ființă inferioară îi provoacă deziluzia față de mamă, pe care o socotește vinovată de starea ei. De aceea, ea se întoarce către tatăl ei care devine acum obiect al iubirii” (A. Storr- „Freud.Maestrii spirituali”).*

### **3.2.2.2 Relația cu obiectele primare – autoerotismul și narcisismul**

Fazele dezvoltării au fost clasificate ținând cont mai mult de organele corpului (oral, anal, genital). În evoluția copilului, putem grupa fazele evoluției sale prin relaționarea cu obiectele din jur

(persoane sau obiecte fizice) asupra cărora copilul își proiectează dorința de satisfacție libidinală.

- **Autoerotismul** este forma cea mai arhaică de satisfacție. La începutul fazei orale, copilul are nevoie doar de organul propriu ca să își primească satisfacția. Această relație cu organul propriu este autoerotică și se menține până la faza genitală. Cu timpul, copilul începe să proiecteze și să își dorească satisfacția libidinală din exterior, trecând de la mamă sau tată spre o persoană pe care o dorește ca partener (cazul ideal de evoluție).

- **Narcisismul** este faza intermediară dintre autoerotism (organoerotism) și obiectul iubirii (libidoul față de obiectul extern). În această fază, copilul trece din satisfacția legată pur de organ spre o altă formă de dorință, care cuprinde și alte calități - EU-ul.

*“Termenul de narcisism derivă din descriere clinică și a fost ales de Paul Näcke în 1899 pentru a arăta atitudinea unei persoane care își tratează corpul în același fel, în care corpul unui obiect sexual este tratat în mod obișnuit-... până obține satisfacția completă prin activități specifice.” (The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV).*

În această fază copilul se “îndrăgostește” de EU-ul lui propriu, adică se ragăsește în oglinda EU-lui personal, ca model ideal, abia mai târziu îndrăgostindu-se de EU-ul obiectului extern.

*“Freud considera că, pe măsura dezvoltării copilului, narcisismul său megaloman primar dispare treptat: adică el ajunge să nu se mai privească drept omnipotentul <<Copil Rege>>, drept centru al universului”. (A. Storr-„Freud.Masterii spirituali”).*

Freud înlocuiește, mai târziu, noțiunea de “autoerotism” cu noțiunea de “narcisism primar” și “narcisism secundar” pentru noțiunea de “iubire față de EU-ul în oglindă”.

### **3.2.3 Conflicte, Simptome, Nevroze**

Fazele dezvoltării psihologice nu se petrec strict după vârstă și rar fără probleme, aceste probleme se numesc “conflicte interne” și au un rol foarte important în dezvoltarea nevrozelor și în tratamentul lor.

#### **3.2.3.1 Conflictul**

La baza conflictului stau două cereri emoționale (dorințe, tendințe sau exprimări) care se petrec la niveluri diferite ale individului și care sunt neconcordante, contradictorii sau opuse, ca de exemplu conflictul între dorința sexuală față de mamă și conștientizarea că nu este posibil. Discordanța între dorința libidinală și instanța de cenzură morală duce la nașterea dorinței de apărare. Apărarea este un mod prin care individul își poate păstra integritatea nivelurilor, chiar dacă dorințele sunt contradictorii, procesele acestea petrecându-se, de obicei, inconștient.

*“După Freud, nevrozele, precum anxietățile, sunt rezultatul conflictului dintre cele trei părți ale minții: ego (mintea rațională), sinele (sexul și celelalte instincte) și superego-ul (conștientul). Aceste conflicte (multe dintre ele localizate în copilărie) determină ca eu-l să folosească diverse mecanisme de apărare”. (Psychology, Michael W. Eysenck).*

### 3.2.3.2 Simptomul nevrotic, ca mod de apărare

În cazul conflictului “nerezolvabil” sau al apărării nereușite, individul găsește prin simptomul nevrotic, așa numita “soluție secundară”. Formarea simptomului este “soluția nepotrivită”, dar care permite o coexistență și o supraviețuire sau o readucere a echilibrului intrapsihic. Aceste soluții, însă, sunt soluțiile pe termen scurt, care au rezultate nesatisfăcătoare în timp. În principiu, putem spune că, în psihanaliză, nevrozele, împreună cu simptomele lor, sunt rezultatul încercărilor de a găsi un compromis intern.

*“Ori de câte ori ne asumăm sarcina de a vindeca un bolnav, de a-l elibera de simptomele lui morbide, el ne opune o rezistență violentă care se menține pe durata întregului tratament. Însuși bolnavul manifestă toate aceste fenomene de rezistență, fără să-și dea seama... Rezistența bolnavului se manifestă în forme foarte variate, rafinate, adesea greu de recunoscut.”*  
(“Introducere în psihanaliză” - S. Freud).

### 3.2.3.3 Inhibiția dezvoltării psihicului și reacțiile de apărare

Formele de apărare sau reacțiile de apărare sunt întotdeauna legate de fazele dezvoltării sexuale. Din întâzierea sau inhibarea dezvoltării sexuale, rezultă, de obicei, o fixare a libidoului în aceste stări de dezvoltare anterioară, dar și o fixare într-o formă de apărare potrivită cu faza de dezvoltare sexuală, mai târziu acest fapt, va duce sigur, la o anumită structură a personalității și un anumit mod de soluționare a situațiilor conflictuale sau a crizelor în viață.

Întârzierea dezvoltării psihosexuale, conflictele nerezolvate sau rezolvate în mod nevrotic, pot fi motive ca individul să încerce în situații conflictuale interne o întoarcere



regresivă, spre o fază anterioară de dezvoltare. Prin mecanismul de fixare sau regresie se explică o mulțime de simptome nevrotice: isteria și anxietatea nevrotică presupun o întoarcere spre faza falică; fobia de urmărire și nevroza obsesională - întoarcerea în faza anală; depresia - întoarcerea regresivă în faza orală; schizofrenia - întoarcerea în faza orală primară (narcisistă primară).

### **3.2.4 Tipuri de personalitate din punct de vedere analitic și mecanismele lor de apărare**

Corespunzător fixațiilor pe anumite faze, putem diferenția următoarele tipuri de personalități sau, altfel denumite, prototipuri ideale.

*“Freud a produs modificări importante în definiția personalității. Cea mai însemnată a fost insistența sa asupra ipotezei că experiențele din copilărie, și nu tipurile organice sau chimia corpului, stau la baza categoriilor de personalitate și a clasificat drept “истерic, obsesiv și narcisistic” câteva tipuri de personalitate de bază... Freud a presupus că tipurile lui de personalitate erau universal aplicabile”. („Depression and personality”, Michael Rosenbluth, Sidney H. Kennedy, R. Michael Bagby).*

Aceste tipuri de personalități diferă între ele prin modul de soluționare a situațiilor conflictuale intra și interpersonale, dar și prin căutarea de soluții în situații de criză.

#### **a) Tipul Oral**

Are un mod involuntar și impulsiv, aproape niciodată nu este satisfăcut în activitățile lui orale, va încerca să compenseze insuficiențele prin mâncat, băut, fumat, apar frecvent și mișcări accentuate ale buzelor. Putem observa mai departe lipsa încrederii

în sine, toleranța mică la frustrații și dominanță vor fi caracteristici ale acestui tip.

#### **b) Tipul Anal**

Este suprastructurat, îi place ordinea în orice activitate făcută, este pedant, foarte materialist, se pierde în detalii în orice conversație, încearcă să evite conflictele, are o ostilitate permanent ascunsă și sublatentă cu privire la orice critică sau intervenție din afară. Acest tip luptă mereu pentru dominanță și hegemonie, dar este permanent dependent de recunoașterea și mulțumirea oglindită din afară.

#### **c) Tipul Falic**

Este foarte ambițios, impulsiv și spontan, uneori dispus să riște mult acolo unde nu este nevoie, da impresia de aventurier, încearcă să ascundă frica față de evenimentele pe care nu le poate stăpâni, și nu-i place să fie criticat sau influențat de exterior. Tipul falic poartă în el o soluționare nepotrivită (patologică) a complexului oedipal, care are maximum în faza falică. Deseori, vom întâlni la acest tip indivizi homoerotici, iar la fete individe cu o aparență masculină deseori homoerotică.

#### **d) Tipul narcisist**

După această diferențiere, trebuie făcută o subdivențiere a tipului narcisist - primar și narcisist secundar, în cadrul fazei orale.

- *Tipul narcisist primar*

Narcisistul primar are tendințe schizofrenice, adică o tendință de destructurarea a EU-ului primar. Acesta se remarcă în viață prin distrugerea oricărei armonii, depășind des limitele sociabilității (personalitate distructivă). Acest tip își idealizează partenerul sau pe cei din jur, cere în permanență atenția și admirația celor din jur, și, dacă este respins, devine agresiv, urăște la maxim, e cinic, regresiv, necontrolat, prelucrează frustrația în mod depresiv regresiv, se retrage des în "altă lume".

- *Tipul narcisist secundar*

Se remarcă prin dependența de dominanță, sexualitate agresivă, superficialitate în orice relație, considerându-se ca “cel mai mare și mai tare”; exhibiționiștii falici fac parte din această structură.

### **3.2.5 Rolul EU-ului în soluționarea conflictelor**

Conflictele despre care am vorbit sunt soluționate sau apărute de EU, ca structură organizatorică și coordonatoare, de apărare. Conflictul oedipal, în acest context al terapiei moderne, nu mai are rolul dominant central pe care îl avea la Reich și Freud. În terapia modernă, joacă mai mult un rol conflictual în dezvoltare și în relația dintre copil și părinți adică între doi poli opuși sau aparent opuși, ca de exemplu: dependență/autonomie, încrederea în sine/lipsa încrederii în sine, alintarea/frustrația de a fi refuzat, etc.

*“Freud (și alți psihanaliști) au avansat ipoteza că fixația orală era caracterizată parțial, de existența unui Eu puternic și dominant, în timp ce fixația oedipală era influențată de activități puternice ale super-egoului”. („Handbook of Psychology: Personality and social psychology”, Theodore Millon, Irving B. Weiner, Donald K. Freedheim).*

#### **3.2.5.1 Semnificația conflictelor copilăriei**

EU-ul puțin dezvoltat, adică slab, ca cel din copilărie, are posibilitate redusă de soluționare a conflictelor interne, aceasta fiind cauza probabilă a majorității nevrozelor mai profunde și grave, ce își au rădăcina în această perioadă.

Cu toate acestea, și la vârsta adultă apar conflicte nesoluționabile de către EU și, prin urmare, nevroze, de obicei mai superficiale și mai ușor tratabile.

Freud spunea “nu mă miră ca EU-ul, cât timp este pueril, slab, incomplet și nerezistent conflictelor, are mari dificultăți în rezolvarea unor probleme pe care, mai târziu, le va soluționa cu ușurință”.

Conflictele infantile multiple și grave duc la o dezvoltare slabă și insuficientă a EU-lui și la reacții de apărare și marginalizare sau suprimare nevrotică, neadecvată, și, prin urmare, la apariția simptomelor nevrotice în situațiile conflictuale, la adulți. Din acest motiv, în psihanaliza terapeutică este importantă atenția deosebită în abordarea și prelucrarea “tehnicilor” de apărare ale pacientului, neadecvate sau nevrotice ale EU-lui.

*”...trebuia, prin urmare, să existe un soi de mecanism mental înzestrat cu tendința de a înlătura amintirile neplăcute din conștiință, făcându-le relativ inaccesibile. Freud a numit acest mecanism refularea; iar refularea, întâiul <<mecanism de apărare>>, a devenit piatra unghiulară a teoriei psihanalitice asupra nevrozelor.” (A. Storr- Freud. Maestrii spirituali”).*

Se nasc și sunt aduse la suprafață, din inconștient, mecanisme și reacții de opunere, apărare, memorizare, marginalizare, proiecție a evenimentelor și mecanisme care dau naștere nevrozelor sau simptomelor nevrotice.

### **3.2.5.2 Mecanismele de apărare ale Eu-ului – refularea, regresia**

*„Postulatul lui Freud a fost acela că, afectul respins și supus refulării, incapabil să-și găsească expresie și descărcare directă,*

*dă naștere simptomului nevrotic. Starea mentală propusă de Freud e analogă, în plan fizic, cu un furuncul sau un abces închis care, incapabil să-și croiască drum la suprafața corpului, nu-și poate descărca toxinele pe care le conține” (A. Storr-„Freud.Maestrii spirituali”).*

- **Procesul de formare al reacției** este un comportament care exprimă o reacție ca răspuns la o dorință suprimată sau inacceptabilă, de exemplu rușinea ca reacție a unei dorințe exibiționiste.

- **Izolarea** presupune desprinderea de gândurile și modurile de comportament ale propriei persoane sau altei persoane și izolarea acestui gând, de exemplu izolarea și fixarea unui singur aspect în interrelația cu o persoană, un gând

- **Anularea retroactivă** - subiectul caută să facă în așa fel încât anumite gânduri, dorințe, comportamente să pară că nu s-ar fi întâmplat niciodată sau ca ele nu există. Acesta este des asociat cu un comportament ritualizat sau acțiune compulsiv-obsesivă (spre exemplu ticul de a își spăla mâinile frecvent)

- **Proiecția** înseamnă negarea dorințelor, gândurilor, comportamentului propriu ca și cum nu i-ar aparține; de exemplu, emoțiile mele negative față de alte persoane se exprimă sau le simt ca emoții negative ale acestor persoane față de mine.

- **Introspecția** este opusul proiecției - gândurile, dorințele, sentimentele altei persoane sunt interiorizate, ca și cum îi aparțin lui însuși - el nu mă urăște, dar eu îl urăsc.

- **Autoacuzarea** semnifică înlocuirea unui obiect cu persoana proprie (de exemplu, eu sunt mama pentru fratele mai mic, în caz că mama e insuportabilă), sau autoagresivitatea, în caz de agresivitate simțită pentru o persoană “iubită”.

- **Inversarea în opus** reprezintă schimbarea unei dorințe sau îndemn în opusul lui, ca de exemplu sadism în masochism, ură în iubire etc.

- **Sublimarea** - împingerea unei amintiri sau dorințe spre alte persoane sau în alte persoane ori alte acțiuni, de exemplu nu pot domina familia mea dar pot domina o clasă cu elevi, prin urmare devin profesor.

### **3.2.6 Terapia psihanalitică freudiană**

#### **3.2.6.1 Situația terapeutică.**

##### **3.2.6.1.1 Regula alianței terapeutice**

După Freud, principiul psihanalizei terapeutice constă în crearea unei alianțe terapeutice cu EU-ul slăbit al pacientului prin întărirea sau susținerea EU-lui, un Eu slăbit și destabilizat prin conflictele dintre SINE și SUPRAEU. Scopul terapiei este de a evidenția sau a aduce la suprafață conflictele bine ascunse în inconștient și de a găsi o soluție “matură” la acest conflict.

*“Superegoul este vinovatul în sistemul freudian. Problema bolnavilor psihici constă într-o suprasocializare a acestuia....Terapia constă în îndepărtarea sentimentului de vină. Terapeutul va reuși acest lucru luând poziție alături de Sine împotriva Superegoului. El va căuta să slăbească, să minimalizeze și să înfrângă Superegoul.” („Competent to counsel: introduction to nouthetic counseling”, Jay Edward Adams).*

Din acesta rezultă și noțiunea de “contract între terapeut și EU-ul pacientului”.

Prima regulă a acestui contract este ca pacientul să releve tot ce îi vine în minte, verbal, fără a încerca să interpreteze sau să analizeze ceea ce spune și fără a da importanță dacă ceea ce spune este bine sau rău, corect sau incorect, plauzibil, important,

relevant, adecvat situației, legat de trecut, de ceea ce s-a întâmplat, de ceea ce se va întâmpla, sau nu. Bineînțeles este de importanță majoră ca pacientul să simtă că ceea ce spune va fi tratat cu discreție absolută.

*“Freud susținea asocierea liberă ca metoda cea mai de încredere, prin care inconștientul putea fi relevant metodic și corect... Acesta este motivul pentru care regula fundamentală în psihanaliză (acordul pacientului la asociațiile libere) este inima acestui proces. <<Spune tot ce-ti trece prin minte, poartă-te ca atare... dar nu uita că ai promis să fi absolut sincer>>, spunea Freud . („The Truth About Freud's Technique”, M. Guy Thompson).*

### **3.2.6.1.2 Regula abstenenței**

Acestă regulă îl obligă pe terapeut sub forma “terapeutul trebuie să se opună și să reziste foamei libidinale față de pacient, în satisfacerea libidoului, în orice situație și oricând”. Regula a fost extinsă chiar de către urmașii psihanalistilor, în sensul că terapeutul trebuie să se abțină de la orice comentariu sau exprimare emoțională, ca de exemplu compătimirea, critica, sfat, ajutor, frustrare față de pacient. Atitudinea terapeutului este pasivă, orice acțiune în cadrul terapiei va fi inițiată de pacient.

*“Freud a conceput psihologia ca o știință etică. Pentru că necinstea aduce cu sine psihopatologia, cinstea și candoarea - regula fundamentală- este principala cale spre vindecare... Fiind neutru, în acest context, necesită standardul etic cel mai înalt față de pacienții săi... Menținerea neutralității nu a vrut niciodată să sugereze că analiștii trebuie să-și rețină sentimentele pentru ei înșiși. Ei trebuie să fie, cu consecvență morali, și să o folosească în beneficiul pacienților. Astfel, contratransferul, ca să-l numim ca atare, compromite*

*capacitatea noastră de a fi cinstiți pentru că suntem tentați să îi obligăm pe pacienți să servească ambițiilor noastre, mai degrabă decât ale lor”. („The Truth About Freud's Technique”, M. Guy Thompson).*

În psihanaliza modernă, suprimarea exprimării oricărei emoții de către terapeut, a fost practic abandonată, în realitate fiind imposibil acest fapt. Cunoscând mecanismele de comunicare nonverbală, se ajunge la concluzia că, orice om, fie chiar psihoterapeut, își exprimă, în orice situație, direct sau indirect, verbal sau nonverbal, într-o anumită măsură, emoția.

*“Cum de a ajuns concepția lui Freud despre neutralitate să fie atât de denaturată? Pentru că mulți analiști, inclusiv Laplanche și Pontalis, au confundat-o cu abținerea, care este, în sine, un termen similar, însă nuanțat diferit. Abținerea, care a fost introdusă ca termen, alături de neutralitate, pentru prima oară în aceeași lucrare, implică reținerea voluntară a afecțiunii pentru a evita excitația sau mulțumirea nevoilor libidinale ale pacientului.” („The Truth About Freud's Technique”, M. Guy Thompson).*

Regula abținerei sexuale stă însă, la baza oricărei relații terapeutice ca "conditio sine qua non".

### **3.2.6.1.3 Regula EU-ului întreg**

Este clar că, pentru a menține contactul cu EU-ul pacientului, acesta trebuie să aibă un EU cât de cât întreg, adică să recunoască cine este, unde este, și așa mai departe. Un pacient care, uitându-se în oglindă, și afirmă că este Napoleon nu poate fi tratat prin psihanaliză. De aceea, Freud a susținut că doar pacienții nevrotici pot fi tratați psihoterapeutic, în nici un caz cei psihotici



sau cu alte boli psihotice. Și această părere și-a pierdut parțial valabilitatea, acum existând chiar psihoterapeuți specializați în acest tip de pacienți.

EU-ul pacientului psihotic nu se pierde în totalitate, el este doar deformat, afirmă psihanaliștii. El poate fi susținut și întărit plecând de la situația existentă, și nu de la o situație dorită.

### 3.2.7 Procedura de tratament în cadrul psihanalizei

În psihanaliză, pacientul stă culcat pe o canapea, își alege o poziție cât se poate de comodă, terapeutul stă la capul său astfel încât să nu existe nici un contact ocular direct.

Aflat în această poziție, pacientului i se oferă un sentiment regresiv, de copil mic, care îi ușurează readucerea în minte a evenimentelor din copilărie. Evitând contactul ocular, se evită sentimentul de control, sub forma "se uită la mine".

*“Dintre toate recomandările făcute de Freud [psihoterapeuților începători n.a], niciuna nu a fost urmată cu atâta religiozitate precum cele referitoare la frecvența ședințelor și a posturii de tratament - cea care evită contactul vizual... Deși Freud a precizat că aceasta este doar preferința sa personală “pentru că nu putea să se holbeze opt ore pe zi” și în plus îl împiedica să “facă transferul asupra asociațiilor pacienților”. Ca regulă, analiștii au înțeles că, dacă pacienții nu folosesc canapeaua, atunci analiza psihanalitică nu este autentică.” („The Truth About Freud's Technique”, M. Guy Thompson).*

Terapeutul trebuie să acționeze ca un receptor, care captează orice spune pacientul, în mod egal și constant, “materialul” produs de pacient (informația oferită de pacient), este recepționat și interpretat cât se poate de vag, indirect și deschis. În această situație terapeutică, în care pacientul primește libertatea

nelimitată de a “produce” și expune orice, “materialul” obținut este, în mare măsură, lipsit de controlul EU-ului și SUPRAEU-ului, fiind astfel, mai apropiat de adevărul SINE-ului pacientului.

### 3.2.8 Intervențiile terapeutului- tehnicile de intervenție

Cele mai importante tehnici de intervenție în analiză sunt:

- **Instruirea** și explicația amănunțită despre ce se va întâmpla în terapie și despre regulile de bază.
- **Interpretarea** cât se poate de liberă și necritică a materialului prezentat, îndeosebi cel produs în vise.
- **Confruntarea** - pacientului îi este atrasă atenția asupra conflictului său nevrotic sau a comportamentului său într-o situație ori alta, iar acest lucru trebuie făcut într-o manieră subtilă, uneori chiar foarte vagă și inofensivă.
- **Clarificarea** este faza în care, prin întrebări precise și țintite, se clarifică (pentru pacient), situația care a dus la conflictul nevrotic sau evenimentul precis care a inițiat prelucrarea nevrotică, este faza care necesită o mare experiență, atenție și sensibilitate din partea terapeutului.
- **Prelucrarea** - după înțelegerea și simțirea de către pacient a problemei, prin prelucrare, se încearcă găsirea unei alternative pentru soluționarea problemei într-un mod matur și coerent și nu de manieră regresivă nevrotică.
- **Reconstrucția** materialului pierdut (memorizat inconștient în inconștient), clarifică și prelucrează conflictul și (sau) simptomele.

### 3.2.8. 1 Visul și interpretarea sa

Freud susținea că SINE-ul participă determinant la formarea visului, în vis impresia și emoția stocate în copilărie ajung din inconștient la “suprafață”, dar, de cele mai multe ori, deformată sau rearanjată. Pe lângă aceasta, și EU-ul poate participa la formarea visului, cu părți dobândite în perioadele mai târzii (Freud credea că aceste părți din EU fac parte din structurile arhaice ale EU-lui, ce au fost “moștenite”, teorie care a fost dezvoltată mai departe de către Jung).

Visul, spune Freud, este paza somnului. Dorințele și sentimentele, care duc la trezire, ca de exemplu senzația de foame, sunt satisfăcute în vis prin scene de mâncare abundentă. Când senzațiile devin, însă, prea puternice și incompatibile (lupta SINE-ului cu a EU-lui), ne trezim cu alte senzații, rămânând cu un sentiment de somn neodihnitor. Formarea visului se produce prin mecanismul de impuls sau dorință primară, latent prezentă în SINE, ce transformă conținutul visului într-o formă “vizibilă”.

Mecanismele sunt de două feluri: primul - un impuls greu suportabil, este înlocuit cu un element mai neutru, mai blând, mai suportabil în vise; al doilea - un singur element dominant al visului, care devine cuprinzător pentru mai multe impulsuri și dorințe greu suportabile sau conflictuale, având loc o condensare a impulsurilor SINE-ului, sau un proces de adunare a unor evenimente contradictorii, ilogice, într-o structură compatibilă în vis.

Pacientul și terapeutul, în situația de analiză a visului, încearcă să prelucreze și să interpreteze informația sau materialul “visat”, provenit din inconștient și să îl aducă într-un proces conștient și interpretabil, adică s-o aranjeze într-un fel logic, suportabil și accesibil. În acest proces, de multe ori, ipotezele sunt într-un proces foarte dinamic, astfel, ceea ce se crede astăzi logic, mâine poate fi total illogic, apoi, în urma acestui proces, ce poate

dura și ani de zile, lucrurile se pot aranja și așeza, în mod suportabil și fără tensiuni conflictuale pentru pacient.

### 3.2.9 Rezistență, Transfer, Contratransfer

*“Introducerea acestui concept [dinamica transferului și observații asupra transferului- dragoste n.a], în cultura noastră, a schimbat felul în care trăim. Oferă, fără îndoială, cel mai semnificativ punct de vedere asupra naturii iubirii, de la greci încoace. Înainte de Freud, ideile noastre despre iubire erau relativ simple, dacă nu naive.” .”(„The Truth About Freud's Technique”, M. Guy Thompson)*

#### 3.2.9.1 Rezistența sau opunerea

Este de înțeles întru totul că pacientul este interesat să-i fie mai bine, dar va opune o anumită rezistență muncii terapeutice, pentru că simptomul, pentru care a venit de fapt, reprezintă un aranjament și un echilibru în conflictul nevrotic și fiecare încercare de a destabiliza acest echilibru va duce la reactualizarea și reacutizarea conflictului de bază.

*“Freud discută în <<Dinamica Transferului>> despre trei surse de rezistență. Prima era nevroza însăși. Pentru că, nevroza se definea ca o delocalizare libidinală a dorinței noastre pentru iubire, într-un simptom care, în fantezie, este satisfăcut și, astfel, inevitabil, rezistăm încercării de deposdare... cu alte cuvinte frustrarea noastră față de realitate ne obligă să regresăm în fantezii nevrotice.... Dar o a doua sursă de rezistență este chiar mai puternică decât păstrarea simptomelor nevrotice.... Încercăm să ne protejăm nevroza de la a fi descoperită... dacă înțelegem cum conflictul nevrotic și descoperirea nevrozei sunt surse de rezistență... vom fi capabili*

*să apreciem cum transferul în sine poate fi a treia sursă de rezistență”. („The Truth About Freud's Technique”, M. Guy Thompson).*

Funcția acestei rezistențe este de a ține conflictul în starea de inconștient, pentru că orice aducere în conștient înseamnă o agravare a suferinței actuale. Forma de rezistență în terapie are multiple fațete, pacientul tace, nu este punctual, nu vine deloc, boicotează ședința în mod tacit, schimbă subiectul rapid și des, agresează verbal terapeutul, pune la îndoială terapia etc. Această fază, des întâlnită în numeroase terapii analitice este totuși foarte importantă și face parte din munca productivă și pozitivă din terapie.

### **3.2.9.2 Transfer și Contratransfer**

Tot ca o formă de rezistență sau opunere, putem vedea și transferul. Pacientul își transferă emoțiile către psihanalist, fără ca această emoție să corespundă situației reale. Această emoție de transfer își are originile în relațiile pacientului, create pe parcursul dezvoltării sale emoționale, și în structura lui de interrelații emoționale incipiente, care se reactivează în situația terapeutică actuală.

În conceptele moderne, transferul are un sens mai larg. El nu depinde sau nu este strict legat de mecanismul nevrotic, dar reflectă și un fenomen general de emoționalitate a pacientului în situația terapeutică. Situația transferului către terapeut clarifică sau accentuează structura de bază a pacientului, devenind un “jucător” activ. Relația, percepția, modul de prelucrare situativă și rezistența pacientului legate de transfer sunt necesare pentru evoluția terapeutică și apare în toate terapiile bazate pe psihanaliză.

În situația transferului, pacientul re trăiește trecutul emoțional ce a dus la nevroză și are șansa ca, prin interacțiunea cu terapeutul, să refacă sau să găsească alt drum (soluție) pentru situația care a determinat nevroza. Dacă pacientul, în contextul terapiei, regăsește în transfer o figură părintească, terapeutul capătă puterea și forța acestei figuri, adică a SUPRAEULUI asupra EULUI și poate da feedbackul, în mod total diferit, diferit de cel dat de figura părintească, atunci când s-a produs nevroza. Astfel, pacientul poate trece printr-un nou proces emoțional, benefic, de învățare.

Contratransferul este reacția ne-nevrotică (sănătoasă) a terapeutului la reacția pacientului. Prin aceasta, contratransferul este complementar reacției de transfer a pacientului, însemnând că terapeutul culege sentimentele pacientului și le reflectă în modul terapeutic. Aceste senzații sau emoții pe care le simte terapeutul pot fi analizate și ele și folosite ca instrument important în analiză; mai simplu exprimat “ce simt eu pentru acest pacient, ce a făcut pacientul ca să mă simt eu într-un fel sau altul și cum pot reacționa “sănătos” și benefic pentru pacient în acest context”

*“În fond, trebuie să învățăm să recunoaștem două forme distincte de transfer, pozitiv și negativ. Grosier vorbind, așa numitul transfer pozitiv îmbunătățește șansele pacientului de a se face bine, în timp ce transferul negativ servește ca rezistență la aceste eforturi, luând forma repulsiei personale față de terapeut.....Freud nu a spus niciodată că transferul negativ implică ură, în mod specific..., ea se găsește alături de transferul afectiv și este o reacție la sentimentul de anticipare, care rezumă forța lui motivantă”. („The Truth About Freud's Technique”, M. Guy Thompson).*

Terapeutul trebuie să mențină o atitudine cât se poate de pasivă, empatie vizibilă, atenție nedivizibilă și neutralitate emoțională față de pacient. Sentimente de dezinteres, plictiseală,

compătimire și orice implicare emoțională manifestată, sunt factori care tulbură terapia la maxim și o fac imposibilă, în mare măsură, de aceea terapeutul trebuie, în orice clipă a terapiei, să conștientizeze și să analizeze emoțiile lui față de pacient și față de situația analitică.

Important este ca terapeutul să știe, să simtă și să conștientizeze mereu faptul că transferul pacientului nu i se adresează în mod real, ci unui „obiect” insuficient din copilăria pacientului. A nu se uita niciodată faptul că această „acțiune” de transfer s-a creat exclusiv în inconștientul pacientului și, fie că reprezintă o imagine pozitiv idealizată sau, mai rar, una negativ ocupată, ea este și va rămâne întotdeauna un mod de exprimare din domeniul fanteziilor inconștiente ale pacientului.

*“Freud recunoaște trei forme de transfer: negativ, erotic (pozitiv) și fără obiect (pozitiv). A existat multă confuzie între cele trei forme, pentru că sentimentele <<fără obiect>> pe care pacienții le au față de terapeut - sentimente care conțin atitudinea lor analitică – sunt, de asemenea, transferabile... Freud a sugerat astfel că, transferul este o repetiție compulsivă a dorinței noastre de dragoste, pe care o dezvoltăm tot timpul predominant, dar nu întotdeauna, inconștient... iar a treia formă de transfer, care este admisă de conștient și este fără obiect... este calea de succes în psihanaliză.... pentru că dorința permanentă de dragoste, datorită mobilității sale extraordinare, caută, prin orice mijloace posibile să obțină satisfacție... chiar și patologicul devine o sursă pentru scopul iubirii. Prin atașarea sa de un simptom, dorința noastră de dragoste este prizoniera propriei fantezii” („The Truth About Freud's Technique”, M. Guy Thompson).*

### **3.2.10 Recapitulare**

- Freud se autoanalizează prin tehnica liberei asocieri – vorbește, după propria sa autoanaliză, pentru prima oară, de Complexul Oedip (Descoperit de Freud la Freud)
- Sexualitatea și fantezia - reinterpretarea unei suferințe pasive, printr-o trăire activă în imaginație – probabil un pas important în formarea bazei psihanalizei, valorificarea și interpretarea fanteziilor sexuale pentru înțelegerea afectivității.

### **Modele freudiene**

- Clasificarea în inconștient, preconștient, conștient; descoperă că inconștientul provoacă rezistențe și mecanisme de apărare.
- Prelucrarea rezistențelor și mecanismelor de apărare devine centrul unei analize.
- Interpretarea emoțiilor de transfer și contrantransfer (mecanisme considerate nocive în analiză, în perioada incipientă a psihanalizei).

### **Formarea teoriei**

- Libido-ul, ca energie psihică, este centrul de formare a teoriilor incipiente, care încă mai sunt foarte orientate spre psihologie ;
- Nevroza se formează, fie prin acumularea energetică de libido, fie prin exprimarea simbolică a conflictelor puerile în legatura cu dezvoltarea Libidoului;
- După cca 10 ani, acest model teoretic este înlocuit din ce în ce mai mult cu modelul Es, Ich, Überich. Apariția nevrozelor este explicată ca rezultat al unor tulburări în relația și coordonarea acestor instanțe.



## **Modelul structural al personalității**

- **SINE = ES-I** - instanță arhaică a evoluției, este strict inconștient, reprezintă nevoile de bază; în cazul în care ES se manifestă fără controlul celorlalte instanțe, se va ajunge inevitabil la conflicte vitale cu mediul social. ES este o unitate structurală arhaică, adică totalitatea instinctelor individuale.

- **SUPRAEU-L** este parțial inconștient; reprezintă instanța și sistemul de valori morale și etice; acest sistem de valori este exprimat, în primii ani de viață, de obiectele de referință externe, primare, care sunt internalizate de-a lungul anilor de dezvoltare (formând conștiința morală și caracterul Eul-ui Ideal

- **EU-I** instanță conștientă, are rol de mediere între celelalte instanțe, și, între ele și mediul înconjurător.

- Întrebare interesantă: dacă EU-leste total conștient, cum apar, atunci, mecanismele de apărare inconștiente ale EU-lui ?

- Această întrebare duce la reinterpretarea noțiunii de teamă și refulare: Teama nu mai este rezultatul refulării sau cumulara energetică excesivă a libidoului, ci este cauza nesatisfacerii libidoului.

- Interacțiunea între teamă și refulare se folosește ca model explicativ pentru tulburări între libidou și satisfacție.

## **Explicația impusurilor instinctuale primare**

- Instincte primare: Eros și Thanatos (Apropierea sau legarea, distrugerea sau îndepărtarea)

- Libido-ul este energia pentru Eros, incluzând posibilitatea de sublimare.

- Thanatos reprezintă energia distructivă, îl conduce pe Freud la conceptul de „obsesie a repetării distructive“ în relațiile emoționale “

## **Fazele dezvoltării psihosexuale – orală, falică, de latență, genitală**

### **Complexul Oedip**

- Freud susține că fetele, descoperind diferența anatomică dintre ele și băieți, trăiesc invidia falică, iar băieții - frica de castrare;
- Complexul Oedip: este, la băieți, rezultatul dorinței de a-și înlătura tatăl pentru a fi cât mai aproape de mamă;
- La fete este greu de determinat sau găsit corespondența acestui complex. Jung vorbește despre Complexul Elektra

### **Narcisismul - primar și secundar**

- Narcisismul primar e fără obiect nedirecționat sau nediferențiat (Laplanche și Pontalis, 1972), reprezintă imaginea sau emoția arhaică de ocrotire totală în uterul mamei.
- Narcisismul secundar - presupune procese de regresie în evoluția mai tardivă, cu referire la obiectele primare.

### **Conflict, Simptome, Nevroze**

- Conflictele pot apărea între trebuințele primare, între trebuințele discordante ale instanțelor și între dorințele și mecanismele de apărare (refulare).
- Simptomele nevrotice pot fi forme de apărare ale conflictelor. Modul de apărare depinde de dezvoltarea psihosexuală, respectiv de inhibiția dezvoltării sexuale.
- În cazul fixării la o fază a dezvoltării sexuale, urmează o regresie spre această fază; de exemplu, isteria și anxietatea nevrotică - proces de regresie spre faza falică, obsesiile nevrotice - regresie spre faza anală, depresia - proces de regresie spre faza tardivă orală, schizofrenia - regresie spre faza orală primară (faza de narcisism primar).

## Tipuri de personalitate

- *Tipul oral*: atitudinea care cere permanent satisfacția impulsurilor primare; fixația orală, dependențe.

- *Tipul anal*: atitudinea obsesiv-structurată, igienico-obsesia, obsesia curățeniei, hipercomunicativ; atitudine ostilă la orice critică sau intervenție externă; dorința de autonomie față de realitatea de dependență.

- *Tipul falic*: foarte ambițios, acțiuni riscante, mascarea fricii de risc mare, prelucrarea incompletă a complexului Oedip.

- *Tipul primar narcisist*: comportament schizoid, limite neclare ale Eul-ui; idealizarea obiectelor primare și secundare, resemnare profundă la insuccese, dezvoltă ură și cinism la insuccese, reacții depresive la insuccese.

- *Tipul secundar narcisist*: relații superficiale cu mediul social; tendința de grandomanie, exhibiționiste falice, tendințe de dominare.

## Mecanisme de apărare - (Anna Freud)

- Refularea
- Regresia
- Fixarea Reacției
- Izolarea
- Negarea
- Proiecția
- Introspecția (Identificarea)
- Întoarcerea spre propria persoană (autoagresarea).
- Inversarea
- Sublimarea

## Situația terapeutică

- Alianța terapeutică: acordul de bază – pacientul va povesti și dezvălui absolut tot, terapeutul asigură discreție absolută. Eu-l

pacientului este aproximativ intact și stabil; Freud consideră că Eu-l intact și stabil este condiția primară pentru analiză.

- Setting terapeutic: clientul stă pe canapea, terapeutul stă la capul pacientului fără contact vizual direct; această situație promovează producerea „materialului” de analizat, cenzura (supraeu) este ocolită și ideile refulate în inconștient pot fi evaluate și interpretate.

- Intervenția terapeutului constă în: instruire, interpretare, confruntare, clarificare, prelucrare, reconstruire.

### **Visul și interpretarea sa**

- Ipoteza : prin mecanisme ca refularea, marginalizarea și condensarea, se formează dorințe și tendințe inconștiente. Necesitățile primare, dorințele, tendințele și pretențiile Es-ului se exprimă prin imagini modificate în vise.

- Prin asocierea liberă, gândurile latente pot fi urmarite și redescoperite.

- Ținta analizei visului este reconstruirea și înțelegerea conflictului primar, a mecanismelor de apărare și a rezistențelor din copilăria primară.

- Freud a publicat un „Catalog al Simbolurilor “ și, astfel, a contribuit la ideea greșită că o anumită interpretare este legată direct de simboluri preconcepute.

### **Rezistență, Transfer și Contratransfer**

- *Rezistența*: are, în cadrul terapiei, „funcția” de a evita conștientizarea conflictelor; este foarte importantă găsirea, prin analiză, a structurilor comune ale mecanismelor de rezistență și ale formelor de rezistență preferate de client.

- *Transferul*: se referă la emoții și modele emoționale în interrelația cu terapeutul, care nu provin din situația terapeutică „reală”, ci din modele internalizate de interrelația cu obiectele primare.

- Pentru Freud acest transfer era, în perioada incipientă, o formă de rezistență majoră (negativă), dar, de-a lungul anilor, a fost recunoscut de Freud ca o unealtă terapeutică importantă (pozitivă). Prin forma și conținutul transferului, Freud putea descoperi modele inconștiente de interrelație, percepție a obiectului și rezistență ale clientului.

- În Transfer pacientul activează o parte din modelele lui primare, la care are acces doar indirect și parțial; prin transfer terapeutul poate „reeduca” reacțiile emoționale ale pacientului;

- *Contratransferul* conține emoții provocate de client terapeutului (agresivitate, plictiseală, supărare, dezinteres, milă). Și acestea au fost reinterpretate în perioada avansată de Freud ca o sursă de idei și cunoștințe noi despre client (“de ce îmi provoacă clientul o anumită stare emoțională și nu alta”)

- Pentru transfer și contratransfer există reguli stricte, care interzic trăirea acestor emoții în viața reală.

### 3.3 Psihologia analitică - C.G. Jung



**C.G. Jung**

Carl Gustav Jung provine dintr-o familie cu tradiție medicală universitară, bunicul său fiind profesor de medicină la Basel, în Elveția, iar alte rude apropiate profesând în domeniul medicinei.

*“Jung a fost o persoană paradoxală. Într-un anume sens era un individualist, un mare excentric. Într-alt sens era*

*întruchiparea vie a omului universal. S-a străduit să-și realizeze în propria-i viață întregul potențial uman; în același timp era decis să trăiască într-o manieră unică, lipsită de compromisuri. Dacă în felul acesta îi supăra pe ceilalți, așa cum era adesea cazul, lui nu părea, în genere, să-i pese: <<A fi normal, spunea, e felul ideal al celor neîmpliniți>>.” (“Jung”- Anthony Stevens).*

Jung termină în anul 1900 facultatea de medicină la Basel, iar din 1900 până în 1909 lucrează la Zürich cu profesorul Bleuler, la clinica universitară din Zürich, la secția de psihiatrie, și apoi, ca și Freud, câțiva ani la Paris, la profesorul Janet Pierre (elev a lui Charcot), la clinica de psihiatrie pentru femei Salpêtrière (la 16 ani după Freud).

*“Când Jung a dat de știre dascălilor și colegilor săi că are de gând să se specializeze în psihiatrie, aceștia au fost șocați, dat fiind că aveau impresia că își irosește calitățile: psihiatria era specialitatea medicală cel mai puțin stimată, iar convingerea lor era că Jung ar putea avea un viitor strălucit ca medic” . (“Jung”- Anthony Stevens).*

După întoarcerea la Basel, Jung abordează cercetările în domeniul clinic experimental al interpretării asociațiilor libere între subiecte date (pacienții primesc o listă ce cuprinde cuvinte sau obiecte, iar aceștia trebuie să exprime, în mod spontan, ceea ce le trece prin minte, la momentul respectiv sau cu ce asociază aceste cuvinte sau obiecte).

*“Mai important decât orice a fost faptul că Bleuler l-a îndemnat să se ocupe de testul asocierii de cuvinte a lui Galton. Grație acestei investigații, Jung avea să dobândească o faimă considerabilă în lumea psihologilor, precum și prietenia lui Sigmund Freud”. (“Jung”- Anthony Stevens).*

Exemplele clasice de cuvinte erau "bani", "ambiiție", "copilărie", "mama", "tata" și așa mai departe; după reacția pacientului și timpul de reacție, Jung deduce o structură psihică de bază, o boală sau o predisponibilitate (vulnerabilitate psihică) pentru o anumită problemă.

*“Acest formular [de cuvinte n.a] a fost construit după mulți ani de experiență. Cuvintele sunt alese și aranjate parțial, astfel încât să atingă cu ușurință aproape toate complexele care au loc în practică. ... Există o anumită regulă în amestecul calității gramaticale a cuvintelor. Cuvintele sunt foarte similare unor acțiuni condensate, situații și lucruri.” (“The Association Method”, C.J. Jung).*

Studiul “asociațiilor libere” îl duc pe Jung la teoriile psihanalizei lui Freud și, astfel, în anul 1907, cei doi încep o colaborare științifică, ce se va intensifica în următorii ani. În 1911, Jung preia președenția Asociației Psihanalitice Internaționale, al cărei fondator a fost și el.

Tot în această perioadă începe și desprinderea de Freud, ceea ce va duce în următorii ani la discordanțe din ce în ce mai

intense și la o dispută la nivel personal între cei doi oameni de știință.

*“Cu trecerea timpului, deosebirile dintre Jung și Freud au devenit tot mai greu de ascuns. Două din ipotezele de bază ale lui Freud erau pentru Jung de neacceptat, anume ca (1) motivația umană e de natură exclusiv sexuală și că (2) psihicul inconștient este absolut personal și specific individului. Jung considera aceste ipoteze... reductive și prea limitate”. („Jung”-Anthony Stevens).*

Timp de două decenii, Jung a lucrat în cabinetul lui de psihoterapie cu pacienți cărora le va cerceta inconștientul și influențele acestuia în patologia nevrozelor. În mod deosebit, el va studia influențele culturale asupra inconștientului, în acest scop efectuând și multe călătorii în țări africane și asiatice, ale căror civilizații aveau un mod foarte arhaic de a trăi (triburile din Africa sau cele din insulele Pacificului). Aceste studii l-au condus spre cercetări ce privesc diferențierea psihică față de persoanele din civilizația modernă.

Teoriile lui Jung au fost influențate cu precădere de filozofia asiatică, mai ales de cea taoistă, cum recunoaște și în cartea lui “Drumul spre Sine”. Cercetează și mitologia tuturor epocilor, din diverse părți ale lumii, încercând să găsească ceea ce unește aceste povești și o influență unitară asupra dezvoltării psihicului.

Spre deosebire de Freud, Jung a inclus în cercetarea psihicului uman vârsta, lumea metaforelor, a miturilor, a obiceiurilor religioase, a conceptelor filozofice și religioase din toată lumea, el căutând acel element ce constituie esența existențială a sinelui condensat.

În această căutare, Jung a părăsit de multe ori domeniile clasice științifice, fiind mult criticat de școala psihanalitică freudiană pentru acest fapt, dar dacă stăm să ne uităm foarte atent la ceea ce a scris și a descris, ne vom da seama că nu a părăsit



niciodată domeniul empiric științific, doar extinzând orizonturile acceptate în aceea vreme.

Jung povestea că, în timpul unei vizite la o clinică, a cunoscut un bolnav schizofrenic care i-a povestit “viziunile” lui *despre evoluția omenirii în viitor. Aceste viziuni l-au preocupat pe Jung timp îndelungat, argumentând că, dacă "acel individ este nebun, iar eu normal, de ce mă preocupă, vrând nevrând, aceste viziuni atâta timp zi și noapte? nu există, oare, ceva comun între viziunile lui și ceva în mine care se leagă, oare nu găsesc în alte părți ale lumii aceleași viziuni dar poate altfel descrise? cel puțin merită cercetat"*.

### **3.3.1 Elementele principale în psihanaliza lui C.G. Jung**

Psihologia, spune Jung, este știința conștientului, acest conștient având diferite grade de “claritate”, în sensul de “Ce sunt Eu”. Doar în vise și în copilărie părăsim această stare de conștient, intrând în inconștientul necunoscut. Este posibil, adaugă Jung, ca lucrurile să fie altfel decât cum le percepe conștientul nostru, de aceea nu trebuie să tragem concluzii pripite despre realitatea lucrurilor pe care le percepem în jur.

După Jung, conștientul și inconștientul sunt sisteme complementare. Conștientul, în principiu, este orientat spre exterior, iar inconștientul spre interior, adică un sistem care culege informația și un sistem care o prelucrează, limitele între ele fiind variabile și nu statice.

#### **3.3.1.1 Jung va deosebi sistemul ectopsihic și endopsihic**

**a) Sistemul ectopsihic** are următoarele funcții:

- *Perceperea emoțională* cuprinde percepția, suma faptelor din exterior, ea spunându-ne că există, dar nu ce există.

- *Gândirea* ne spune ce există, adică dă obiectului sau subiectului un nume: percepție plus judecare.

- *Simțirea* ne învață valoarea lucrului pe care îl gândim sau îl percepem; fiecare gândire este asociată cu o simțire, adică simțim valoarea lucrului pe care îl gândim.

*“Cele conștiente par să pătrundă în noi pe calea percepției senzoriale. Vedem, auzim, pipăim și adulmecăm lumea și în felul acesta devenim conștienți de ea. Percepția senzorială ne spune că ceva este. ... Gândirea ne spune ce anume este”. (“Puterea sufletului I- Psihologia analitică”, C. Jung).*

- *Intuiția* este un fel de prezicere a ceea ce se va întâmpla, fără o explicație gândită, fără percepție și fără simțire, spre exemplu cum se orientează popoarele primitive în noile spații. A simți și a gândi sunt complementare, a percepe și a intui sunt complementare, dar nu se pot împerechea gândirea și intuiția sau simțirea și percepția.

*“Procesul intuirii nu este nici percepție senzorială, nici gândire, nici sentiment, deși limba prezintă aici o putere de discernământ suspect de slabă... Intuiția este, după părerea mea personală, o funcție psihică fundamentală și, anume, cea a percepției posibilităților ce se prezintă într-o situație dată”(“Puterea sufletului I- Psihologia analitică”, C. Jung).*

### **b) Endopsihicul și funcțiile lui**

Endopsihicul cuprinde memoria, afecțiunile și unele emoții.

- *Memoria* leagă informația care provine din inconștient și o readuce în conștient.
- *Afecțiunile și unele emoții* care nu au substrat în conștient, ele inundându-ne involuntar și inexplicabil.

*“Printre conținuturile conștientului se mai numără și procesele volitive și procesele instinctuale. Primele se definesc ca impulsuri direcționate, provenite din procese apercceptive, a căror natură este supusă așa-numitului liber arbitru. Celelalte sunt impulsuri provenite din inconștient sau direct din organism și au un caracter coercitiv, de constrângere. Procesele apercceptive pot fi direcționate sau nedirecționate. În primul caz vorbim de atenție, în cel de al doilea de fantezii.” (“Puterea sufletului I- Psihologia analitică”, C. Jung).*

Funcțiile subiective ale conștientului sunt greu de explicat. Simplificat, putem spune că este modul nostru de a reacționa față de o anumită situație neadecvată, dar repetată în aceeași situație. Se presupune că este o parte a endopsihicului, ce se manifestă în mod conștient, adică ectopsihic.

### **3.3.1.2 Suprapunerile dintre ecto și endopsihic**

În situații extreme, endopsihicul preia controlul total, iar ectopsihicul se diminuează sau clachează, acestea fiind situațiile extreme de traume, droguri și alte diverse traume.

Contactul cu endopsihicul se face inconștient, care este, de altfel, parte a ectopsihicului. Prin vise, afecțiuni, senzații ce trec bariera conștientului, ne motivează sau nu să facem ceva sau altceva în mod conștient, fără să ne dăm seama de motivele acestor acțiuni.

Jung credea în existența unui inconștient colectiv, ce reprezintă acumularea milenară a umanității, care se transmite dintr-o generație în alta și care provine din colectivul (societatea, tribul etc.) în care trăiești. Inconștientul colectiv cuprinde emoțiile și invaziile inconștientului, o parte din inconștientul colectiv neputând niciodată ajunge la conștient.

*“... trebuie să distingem oarecum trei nivele psihice: 1. Conștientul, 2. Inconștientul personal, care constă în primul rând, din acele conținuturi care au devenit inconștiente fie că și-au pierdut intensitatea și au căzut astfel în uitare, fie că li s-a restrâns conștiența (prin așa numita refulare); 3. Inconștientul colectiv, care, ca o înzestrare ereditară cu posibilități de reprezentare, nu este individual, ci general uman, ba țin chiar de lumea animală în genere, constituind, de fapt, substratul oricărui psihism individual”. (“Puterea sufletului 1- Psihologia analitică”, C. Jung).*

### 3.3.2 Tipurile psihologice după Jung

Este o prostie să cauți categorii pentru oameni și să încerci să le pui o etichetă afirmă Jung, el făcând-o, totuși, sub diverse forme.

*“Jung nu-l continuă pe Freud, ci, în mult mai mare măsură, i se opune. I se opune în primul rând prin faptul că nu concepe omul ca pe o ființă instinctual refulată, dând prioritate instinctelor sexuale, cum a făcut Freud, ci îl consideră în toată complexitatea sa de ființă culturală. În acest sens, opera lui Jung ține mai curând de domeniul antropologiei culturale, decât de cel al medicinei” (“Notă introductivă” dr. Suzana Holan în lucrarea “Puterea sufletului 1- Psihologia analitică”, C. Jung).*

Principalele tipuri psihologice descrise de Jung sunt:

**a) Tipul extrovertit** – omul care se orientează, în tot ceea ce face, spre valori externe și evenimente externe, modul său de a gândi și a reacționa fiind dominat de norme sociale și colective valabile.

*“Atunci când orientarea conștientă a unei persoane este determinată de realitatea obiectivă, de date concrete din lumea*

*de afară, putem vorbi de o atitudine extrovertită. Când aceasta este o obișnuință, avem tipul extrovertit. În general, extrovertiții cred în ceea ce primesc de la lumea de afară și nu sunt înclinați să aibă o examinare critică”. (“Personality types: Jung's model of typology”, Daryl Sharp).*

**b) Tipul introvertit-** omul este orientat spre interior, se simte ușor depășit de fluxul de informații din exterior, caută singurătatea și apărarea în sine. Aceste persoane au o capacitate de adaptare mai mică și sunt mai vulnerabile la modificări externe.

Extrovertiții și introvertiții sunt complementari, neexistând tipuri "pur pure", omul oscilând între ele sau trecând de la o formă la alta, de-a lungul existenței.

### **Modelul conștient-inconștient sau al mingii rotunde în apă**

Ne putem imagina că avem o minge în apă. Ceea ce este sub nivelul apei este inconștientul, ceea ce se află deasupra reprezentând conștientul. În timp, sfera poate să se scufunde mai mult, să se umfle, să se miște, să se învârtă, astfel încât ceea ce era deasupra să ajungă dedesubt și așa mai departe. Singurul lucru care nu se poate întâmpla este ca bila să iasă din apă, astfel modelul încetând să existe.

Prin procesul de individualizare și conștientizare încercăm, teoretic, să scoatem bila din apă; acest lucru, în mod practic, nu este posibil, pentru că omul, conștient în orice situație și moment, nu ar mai fi un om muritor.

### **c) Subtipuri ectopsihice**

- *Gânditorul* este omul care judecă în termeni de adevăr și neadevăr, drept sau nedrept, lumea sa împărțindu-se în bine și rău, în logic și illogic; această persoană nu este vulnerabilă la nivelul gândirii, foarte vulnerabilă doar la nivelul simțirii.

- *Simțitorul*- acest tip are o simțire foarte diferențiată și variată, știind tot timpul ce simte și se ghidează și judecă lucrurile după cum le simte, nu după cum le vede. Este foarte vulnerabil și are control minim al propriilor gânduri, aceasta mergând până la gânduri obsesive și stări psihice patologice.

- *Intuitivul* este persoana care a construit o casă și, până este gata, nu îi mai place și face alta și tot așa, fiind ghidat de intuiția și de speranța că următoarea va fi mai bună și îi va satisface nevoile. Este tipul care are multe case în urmă și nu locuiește în niciuna.

- *Senzitivul sau senzorialul* este tipul care se îmbolnăvește când are o realitate neschimbabilă în față, ca de exemplu 4 pereți, din care nu poate ieși. El nu poate suporta situațiile statice, numai pe cele dinamice și permanent modificabile din punct de vedere emoțional.

Fiecare din tipurile de mai sus, poate fi caracterizat ca fiind extrovertit sau intorvertit, astfel încât variantele de mai sus se vor dubla.

#### **d) Inconștientul colectiv și inconștientul personal**

Inconștientul personal este alcătuit din experiențe, impresii personale ce au trecut în inconștientul personal și experiențe, impresii etc. care au fost generate de către grupul social în care trăim și care au trecut în inconștientul colectiv.

*“I se opune lui Freud prin lărgirea noțiunii de conștient de la inconștientul <<ladă de gunoi>>, însumare a tuturor conținuturilor refulate, la inconștientul << sediment al tuturor experiențelor liniei ancestrale>> și totodată <<obârșie a tuturor creațiilor umane trecute și viitoare>>. Inconștientul, în prima sa ipostază (freudiană), capătă, la Jung, denumirea de inconștient personal , în timp ce, a doua ipostază, mult mai generoasă, a inconștientului este numit << inconștient*

*colectiv>>. Inconștientul colectiv are, prin natura sa, anumite dominante care își regăsesc expresia în anumite reprezentări, imagini, ce pot diferi de la o epocă la alta sau de la o zonă a lumii la alta, rămânând însă simboluri ale mereu acelorași tendințe fundamentale inconștiente. Pe acestea, Jung le numește <<arhetipuri>>, fiind astfel în deplin consens cu istoria religiilor, pe de o parte și stabilind, pe de altă parte, o legătură cu biologicul, cu tiparele comportamentale, cu pornirile instinctuale, în ultimă instanță”. (“Notă introductivă” dr. Suzana Holan în lucrarea ”Puterea sufletului I- Psihologia analitică”, C. Jung).*

### **3.3.3 Arhetipurile jungiene**

Jung pornește de la ideea că arhetipurile le avem în noi, transmise genetic, ca niște poze sau imagini, la fel cum o pasăre care zboară anual din Africa spre Europa, care nu are o hartă a Mediteranei în cap sau un sistem de navigație, care să îi spună încotro să o ia, ci doar o imagine structurală, pe care o poate vedea în “fața ochilor”, în mod inconștient.

*“Conținuturile inconștientului personal sunt dobândite în cursul vieții individuale, în timp ce conținuturile inconștientului colectiv sunt arhetipuri, întotdeauna și a priori prezente. Dintre arhetipuri, cele mai clar caracterizate empiric, sunt acelea care influențează , respectiv perturbă, cel mai frecvent și cel mai intens, eu-l. Acestea sunt umbra, anima și animus... Umbra este o problemă morală care pune la încercare întreaga personalitate a eu-lui, deoarece nimeni nu-și poate realiza umbra fără să dea dovadă, cu prisosință, de tărie morală. Caci, se pune problema, aici, să recunoaștem drept real prezente, tocmai aspectele întunecate ale personalității”. (“Puterea sufletului I- Psihologia analitică”, C. Jung).*

Cele mai importante arhetipuri, după Jung, sunt *animus* și *anima* - imaginea completă a tuturor experiențelor umane înmagazinate în inconștientul fiecărui individ .

- În inconștientul masculin să găsește și *anima* (principiul feminin, pe care îl găsim la orice bărbat) și care cuprinde tot ceea ce este feminin rotund, moale, emoțional, pământean, creativ etc.

*“Starea, de fapt rezumată în conceptul de anima, e un conținut extrem de dramatic al inconștientului. Poate fi descris într-un limbaj rațional, științific, dar ființa sa intimă, vie nu e nici pe departe exprimată astfel... Factorul formativ al proiecțiilor este anima, respectiv inconștientul, care e reprezentat de anima. Ea ni se înfățișează, acolo unde apare, adică în vise, viziuni și fantezii, personificate, atestând faptul că, factorul care-i stă la bază, are toate trăsăturile distinctive ale unei femei. Ea nu e o invenție a conștientului, ci un produs spontan al inconștientului....”.* (“Puterea sufletului I- Psihologia analitică”, C. Jung)

- În inconștientul feminin se află și *animus* (principiul masculin pe care îl găsim la orice femeie) în care este adunat tot ceea ce este agresiv, logic, rațional, puternic, crud, cu singurul scop de a supraviețui în orice împrejurare.

*“ După cum pentru fiu, un prim purtător al factorului, ce formează proiecția, este mama, pentru fiică acest purtător este tatăl... Femeia este compensată de un element masculin și de aceea inconștientul ei are, ca să zicem așa, însemne masculine. Asta constituie o deosebire considerabilă în comparație cu bărbatul. Dată fiind situația aceasta, am denumit factorul ce formează proiecția la femeie, animus. Acest cuvânt înseamnă intelect sau spirit. După cum anima corespunde erosului matern, animus-ul corespunde logos-ului patern... Nu am de gând să dau acestor două concepte intuitive vreo definiție mult prea specifică. Folosesc eros și logos doar ca expediente conceptuale spre a descrie faptul că, la femei, conștientul e caracterizat mai*



*mult de erosul asociativ, decât de logosul disociativ, cognitiv. La bărbați, erosul, funcția relației, e de regulă mai puțin dezvoltat decât logosul. La femei, în schimb, erosul constituie o expresie a adevăratei lor naturi'. ('Puterea sufletului I- Psihologia analitică", C. Jung).*

Cele două arhetipuri nu trebuie confundate cu femeia sau cu bărbatul, nefiind vorba strict de sexul biologic. Poate există o femeie care corespunde arhetipului animus (se comportă masculin, tip manager superior) și un barbat corespunzător arhetipului anima (tip dansator de balet), depinzând de modul de viață și de situația în care ne aflăm.

Trebuie subliniat și faptul că, sunt sisteme complementare, în fiecare găsindu-se ambele tipuri care își modifică dominanța de-a lungul vieții.

Alte arhetipuri pot fi figurile din povești și basme precum "eroul", "vindecătorul", "vrăjitoarea", etc. fiecare dintre ele, prin ceea ce simbolizează, având un loc în inconștientul nostru, apărând în hipnoză sau în vise.

### **3.3.4 Procesul de individuație**

Acest proces complex cuprinde aspecte sociale, filosofice, fizice, culturale, moleculare, matematice etc. Se referă la procesul de formare al individului, de la particula liberă din Cosmos și până la omul matur.

*"A numit acest proces de dezvoltare, desfășurat de-a lungul unei vieți, individuație și a considerat că el poate fi adus la desăvârșire, dacă persoana respectivă conlucrează cu inconștientul și se confruntă cu el în felul pe care el însuși îl descoperise.... Jung percepea inconștientul ca o prezență vie, însoțindu-te permanent, în orice moment de veghe ori de somn.*

*Taina sensului vieții era, pentru el, legătura cu această forță demonică - astfel încât să ajungi să o cunoști”. ( „Jung”- Anthony Stevens).*

Este format din două faze astfel că, în prima jumătate a vieții, individul este în procesul de inițiere spre realitatea externă, adică dezvoltarea personalității ca centru al vieții, (“dezvoltarea Eu-lui”), aceasta cuprinzând și interrelația Eu-lui cu exteriorul.

În a doua fază a vieții, ne preocupă inițierea spre realitatea internă, învățarea modului de a trăi fericiți cu ceea ce se întâmplă în noi, conștient sau inconștient.

*“Modul în care s-a sfârșit prietenia dintre Freud și Jung a fost tipic pentru amândoi. Pentru Jung, scopul vieții însemna să-ți îplinești potentialitatea proprie, să-ți urmezi propria percepție a adevărului, să devii o persoană completă, având propria-ți îndreptățire. Acesta este țelul individuației- cum a denumit-o mai târziu.” („Jung”- Anthony Stevens).*

### **3.3.5 Analiza după Jung**

Terapia jungiană nu are ca scop principal vindecarea simptomelor (în sens freudian), ci maturizarea personalității, elementul central în terapia jungiană fiind visul.

*“Visul se ocupă, într-adevăr și cu sănătatea și cu boala și cum, în virtutea provenienței sale inconștiente, își trage seva din comoara percepțiilor noastre subliminale, poate exprima, uneori, lucruri demne de reținut.... “. (“Puterea sufletului I- Psihologia analitică”, C. Jung).*

În vis, interpretarea simbolurilor (arhetipurilor) care apar ocupă un loc foarte important. Fiecare simbol sau acțiune

simbolică reprezintă o problemă, un conflict, o evoluție incompletă, o avertizare. După Jung, aceste simboluri ne arată drumul spre care ne putem îndrepta în analiză.

*“Orice interpretare a unui vis constituie o judecată psihologică asupra anumitor conținuturi sufletești din vis.... Dar... am găsit frecvent și o particularitate, ce le deosebește de alte vise: se ivesc în ele plăsmuiri simbolice ce apar și în istoria spiritului uman... această particularitate este caracteristică viselor, proceselor de individuație. Ele conțin, așa numitele, motive mitologice, respectiv mitologemele, cărora le dau numele de arhetipuri. Înțeleg prin acestea forme specifice și compoziții plastice, ce se regăsesc, sub forme similare, nu numai în toate timpurile și zonele, ci și în vise, fantezii, viziuni și obsesii individuale”. (“Puterea sufletului I- Psihologia analitică”, C. Jung).*

Visul este și o încercare de compensare sau de clarificare a unor procese, care nu pot fi clarificate conștient. Terapeutul, împreună cu pacientul, leagă și interpretează imaginile visate ca un puzzle, care ne oferă, până la urmă, o imagine completă a problemei cu care se confruntă individul.

*“.. asemenea vise [cu motive arhetipale n.a] apar, mai cu seamă, în perioadele hotărâtoare pentru destinul omului, adică în prima tinerețe, la vârsta pubertății, pe la mijlocul vieții (între 36 și 40 de ani) și în conspectus mortis. Interpretările lor întâmpină adesea mari dificultăți, deoarece materialul cu care poate contribui subiectul e prea sărac. Căci, în cazul plăsmuirilor arhetipale, nu mai e vorba de trăiri personale, ci oarecum, de idei generale, care nu-și au principala semnificație în vreun fel de conexiuni cu trăirile personale, ci în sensul lor intrinsec”. (“Puterea sufletului I- Psihologia analitică”, C. Jung)*

Spre exemplu, când un pacient ne spune că în vis vede persoana lui tanti Greta, care vine pe stradă, spre el, iar el se

preface că nu o vede și traversează strada cu sentimentul de vinovăție că nu o salută, vom încerca să cercetăm care sunt relațiile individului cu această persoană, ce s-a întâmplat cu ea, ce a simțit față de ea atunci, cum a evoluat relația între cei doi, care persoană pe care a văzut-o de curând îi amintește de aceasta, ce relație a avut cu această persoană, care ar putea fi motivul pentru care nu mai vrea să o mai vadă, cum a influențat această persoană viața lui și așa mai departe.

Nevroza, după Jung, este un element evolutiv pozitiv, adică conflictele din inconștient încearcă să ajungă la conștient și să-și găsească soluții la probleme. În alt mod interpretativ jungian, acesta poate fi un complex important care s-a desprins parțial din psihic și care caută o soluție (complexul asociativ din munca incipientă de cercetare a lui Jung).

Complexul, după Jung, apare (ca și la Freud) după o traumă, o experiență sexuală, o tendință sexuală incompatibilă, o situație emoțională care l-a depășit pe individ, sau o situație în care individul nu corespunde cu normele sociale sau etice, un eveniment sau o întâmplare care a fost refuțată și ajunsă în inconștient din cauza incompatibilității sau insuportabilității față de conștient.

Jung admite că sexualitatea joacă un rol enorm în viața psihică, dar nu-i acordă universalitate psihologică.

În analiza jungiană, acest simbol al complexului este descoperit, rețrăit și adus în conștient, unde putem găsi o cale de a-l transforma într-o situație suportabilă și compatibilă cu viața conștientă și reală.

Terapeutul, care lucrează cu analiza de tip jungian, ajută pacientul să își accepte problemele, manifestările și structura inconștientului și a complexelor, care, indiferent dacă sunt bune sau rele, pot fi integrate într-un total al vieții individuale.

Terapeutul este cel care însoțește pacientul spre o individualizare și integrare, atât externă cât și internă.

### 3.3.6 Recapitulare

**Fondatorul psihologiei analitice** este C. G. Jung (1875-1961)

- Prin cercetarea experimentală a capacității și modului de asociere individuală și comună, Jung găsește grupe de cuvinte în legătură cu anumite emoții, pe care le numește complexe (bărbați: „Bani“, „Dominanță“; femei: „Familie“, „Tandrețe“)

- Jung întreprinde studii de asociere diagnostică. A fost președintele Asociației Analitice din Viena, dar în 1911 se desprinde definitiv de Freud;

- Punctul principal de divergență este părerea lui Jung despre libido, văzut ca sursă energetică (pozitivă) pentru orice acțiune și evoluție, iar Freud înțelegea libidoul dintr-un punct de vedere limitat și negativ.

**Noțiunile centrale în psihologia analitică** a lui Jung sunt: inconștientul, inconștientul colectiv și arhetipurile.

- Jung întreprinde, timp de aproape două decenii, multe cercetări etnologice și psiho-religioase, printre altele în Africa, Asia și Statele Unite; este puternic influențat de mituri, legende și religii, a fost fascinat de „Mandala“, care se găsește în multe culturi diferite și în unele picturi și schițe ale pacienților săi.

- Jung era atașat de fenomenele parapsihologice, ca telepatia și telekineza, sau de alte fenomene paraștiințifice; totuși, Jung susținea că nu a părăsit niciodată substratul științific empiric: „Nu sunt adept al vindecărilor miraculoase. Accept doar fapte.“

## **Structura și funcțiile psihice în concepția lui Jung**

- Pentru Jung, Psihologia este știința conștientului, care poate avea grade diferite de claritate; el descrie conștientul ca „pielea care învelește zona vastă a inconștientului, despre care se poate doar intui, foarte vag, câte ceva“.

- Pentru Jung, conștientul este o parte a inconștientului, care se dezvoltă (se naște), din punct de vedere filogenetic, mai târziu.

- Jung diferențiază două sisteme psihice:
  - ectopsihicul: sistemul de legătură între conștient și impresiile mediului extern (a percepe, a simți, a gândi, a intui) – în acest sistem domină funcțiile de percepție și judecată.
  - endopsihicul: sistemul relațional între conținutul conștientizat și procesele care sunt presupuse a se derula în inconștient (memoria și părțile subiective ale funcțiilor conștiente ca: emoția, afectul, dezechilibrele emoționale sau afective).
- Jung mai diferențiază:
  - omul extrovertit, orientat spre evenimentele externe și normele colective;
  - omul introvertit, care trăiește conform percepțiilor interne sau internalizate și are tendința de a se retrage din lumea externă.

Aceste tipuri sunt opuse, dar nu se găsesc în formă „pură“. Un om poate oscila între aceste tipuri. Jung mai spune că conștientul este dominant extrovertit și inconștientul dominant introvertit.

- „Metafora bilei“ - Jung susține că putem imagina funcțiile preceptive (a simți și a intui), funcțiile raționale (a percepe și a gândi) și modurile structurale (extraversiunea și introversiunea), ca trei dimensiuni ce formează axa spațială a unei bile ce plutește cu partea conștientă deasupra apei. Prin procesul de individualizare, încercăm, teoretic, să scoatem bila din apă; acest

lucru, în mod practic, nu este posibil, pentru că omul, conștient, în orice situație și moment, nu ar mai fi un om muritor.

### **Inconștientul colectiv și arhetipurile**

- Jung diferențiază inconștientul individual de cel colectiv.
- Conținutul inconștientului colectiv este marcat de mitologie și legende, fără a aparține unei anumite culturi sau națiuni.
- Jung crede că există anumite principii structurale, care sunt de natură filogenetică; de exemplu, găsește des, la popoarele din Africa, vise care amintesc sau corespund unor povestiri din mitologia greacă. Aceste imagini colective comune sau structuri de bază se numesc „arhetipuri“.
- Jung consideră ca nu este vorba de imagini înnascute, ci de structuri dinamice rudimentare. Imaginile pot fi asociate cu un stol de păsări, care zboară în jurul globului și este văzut de popoare diferite.
- Exemple de arhetipuri: Animus, Anima, Eroul, Marea, Pădurea etc.

### **Individualizarea**

- Este încercarea individului, pe parcursul vieții, de a-și găsi propriul și adevăratul sine (ego).
- Individualizarea este un proces lung, care nu are o țință definită, „drumul este țința“, cum susține o zicală taoistă, respectiv drumul și țința (scopul) sunt aceleași; țința procesului de individualizare este integrarea totală a sinelui în sine.

### **Psihoterapia**

- Țința terapiei nu este vindecarea simptomului, ci reconstituirea pașilor spre autorealizare și autocunoaștere. În centrul terapiei stă prelucrarea și interpretarea viselor, care include și interpretarea simbolurilor;

- Visul este văzut ca proces de modificare/prelucrare, de către individ, a conflictelor și proceselor energetice ale trăirilor psihice, în imagini simbolice.

- Analiza visului este efectuată de client împreună cu analistul; ambii își expun ideile și interpretările. Procesul se numește „amplificare comună“, demascându-se sensul și simbolul visului

- Un al doilea aspect este clasificarea, la nivel obiectiv și subiectiv, a visului. Exemplul dat de Renée Nell: *„o văd pe mătușa Grete pe stradă, venind spre mine, dar mă prefac că nu o vad și traversez strada,“*

- nivelul obiectiv presupune examinarea relației visătorului cu mătușa Grete și evoluția acestei relații de-a lungul anilor.

- nivelul subiectiv înseamnă examinarea părții din personalitatea clientului, care seamănă cu caracterul sau structura mătusii Grete și a acțiunii clientului, care evită confruntarea cu aceste părți ale propriului caracter și aflarea părților pe care le percepe ca fiind dureroase în caracterul mătușii.

- Jung diferențiază două cauze ale nevrozei:

- funcția primitivă, devalorizată din inconștient, patrunde în conștient.

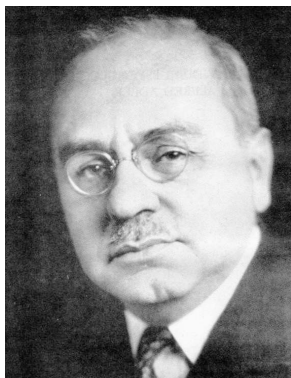
- părțile refulate ale complexelor reapar și duc la nevroză.

- Complexele pot apărea și în urma unei traume.

- Nevrozele sunt pentru Jung un lucru pozitiv, ele oferind șansa pentru o evoluție pozitivă a personalității și a structurii.



### 3.4 Psihologia individuală – Alfred Adler



**Alfred Adler**

Noțiunea de "psihologie individuală" este oarecum greșit înțeleasă. Alfred Adler, fiind medic și nu psiholog, nu știa că noțiunea deja este "ocupată", fiind opusă noțiunii de "psihologie socială".

Prin noțiunea de "psihologie individuală" el dorea să exprime doar modul de vedere diferit de cel freudian, adică ideea că orice

persoană este împărțită în elemente multiple și comune (dorințe, îndemnuri, instanțe etc.), dorind să accentueze caracterul individual al oricărui om, în integralitatea lui.

*"În 1906, Freud a declarat că, la baza nevrozelor este conflictul dintre instinctele ego-ului (cel de autoconservare) și instinctele sexuale. Adler căuta acel principiu care să unifice fenomenele psihologice și biologice și să se încadreze în teoria instinctului acceptabil". („Psychoanalytic pioneers”, Franz Alexander, Samuel Eisenstein, Martin Grotjahn).*

Adler pune mult mai mult accentul pe individul care trăiește în tensiunea dintre normele și comportamentul societății și dorințele și propriile norme. Diferența dintre punctele de vedere ale lui Adler și cele ale lui Freud nu sunt întâmplătoare, ele rezultând din originea diferită a celor doi, din evoluțiile lor profesionale diferite, din preocupările și ambițiile diferite și, nu în ultimul rand, datorită diferenței de vârstă dintre cei doi.

*“În ciuda neajunsurilor sale, Adler își merită locul în istoria psihanalizei pentru că a anticipat apariția tendințelor importante. În lucrările de început, Adler evidenția două principii de bază ale medicinei psihosomatice: primul, acela că există în organism o vulnerabilitate organică de bază; și al doilea - importanța imaginii individului despre sine vis-a-vis de disfuncționalitățile lui.” („Psychoanalytic pioneers”, Franz Alexander, Samuel Eisenstein, Martin Grotjahn).*

Freud provenea din pătura socială care nu cunoștea grija zilei de mâine. Fiind din burghezia înstărită, se comporta în mod “superior aristocrat”, avea pacienți buni platnici aparținând curentului politic conservator monarhist.

Adler, în schimb, își avea originile în zona saracă a Vienei, fiind al doilea din cei șase copii, a cunoscut foamea și cum este să îmbraci haine ponosite. Părinții lui aveau idei socialiste, chiar comuniste, pacienții lui erau mai săraci, venind din partea joasă a clasei vieneze de mijloc, avea probleme predominant financiare și frică de decădere socială.

Adler a fost un copil bolnăvicios, stând, adesea, săptămâni întregi în pat, prin aceasta fiind alintat mai mult de mama lui. De aceea, unii susțin că și în conceptul lui de psihanaliză se regăsește ideea de luptă pentru avantajele din rândul familiei tale, cu frații tăi.

După preluarea puterii de către regimul nazist familia lui Adler a fost nevoită să emigreze în Statele Unite.

### **3.4.1 Teoria psihanalitică a lui Adler**

În centrul explicațiilor pe care le Adler le oferă pentru apariția simptomelor nevrotice stau două principii de bază sau concepte. Primul este sentimentul de inferioritate, iar al doilea tendința de dominație, astfel că, dacă stilul și conceptul despre

viață nu sunt în concordanță (mă simt inferior sau mă simt superior), vor duce la apariția simptomului nevrotic.

*„Calea, legea de mișcare pe care fiecare individ și-o dă la începutul vieții, într-o libertate relativă a utilizării capacităților și incapacităților sale innăscute, ca și a primelor sale impresii privind mediul înconjurător, variază pentru fiecare individ în ceea ce privește măsura, ritmul și orientarea. Pus mereu în fața unei perfecțiuni ideale irealizabile, individul este perpetuu cuprins de un sentiment de inferioritate, fiind impulsionat de acesta”. („Sensul vieții”, A. Adler).*

#### **3.4.1.1 Dominația și inferioritatea**

Dorința de dominație are pentru Adler scopul de a compensa sentimentul de inferioritate.

*„Sentimentul de inferioritate, efortul întru biruință și sentimentul de comuniune socială sunt piloni ai cercetării în domeniul psihologiei individuale și, prin urmare, nu se poate face abstracție de ei în examinarea unui individ sau a unei mase umane”. („Sensul vieții”, A. Adler).*

Adler se deosebește de Freud prin neîmpărtășirea pe deplin a teoriei conflictelor interne ale Sine-lui, Eu-ului, Supra-eului din cauza libidoului necompensat, ca principală cauză a tuturor nevrozelor și simptomelor. Adler susține că, diferențele dintre propriile valori și valorile părinților sau ale mediului social, este hotărâtoare în apariția simptomelor nevrotice.

Adler crede că sentimentul de inferioritate are o cauză mai mult organică (medic fiind și toată viața fiind în contact cu modelele medicinei somatice). Orice insuficiență organică va duce la un sentiment de inferioritate, printr-o incapacitate de

funcționare deplină, ceea ce determină ca încrederea în sine (Selbstwertgefuehl, self-confidence) să scadă și implicit va duce la apariția unui simptom nevrotic.

*„Dacă sentimentul de inferioritate este deosebit de apăsător, apare pericolul ca, din cauza fricii de a rămâne handicapat pe toată viața, copilul să nu mai fie mulțumit cu o simplă compensare, ci să meargă mai departe (supracompensare). Aspirația la putere și la superioritate se va exacerba și va atinge patologicul.” („Sensul vieții”, A. Adler).*

După mulți ani, Adler va pune accent mai mare pe aspectele psihosociale, ca reprezentând o cauză în apariția nevrozelor. Cunoscând, din propria experiență, sentimentul de neajutorare din cadrul familiei, teoria lui, conform căreia sentimentul de neajutorare își caută o compensare în comportamentul de superioritate și dominație, are o explicație logică.

*„Ca și deficiențele fizice, influențele exterioare exercitate asupra copilului sunt resimțite ca o povară, mai mult sau mai puțin apăsătoare, putând determina o atitudine ostilă față de mediu. Cotitura decisivă are loc foarte de timpuriu, încă din al doilea an de viață, putem constata că acești copii sunt prea puțin înclinați să se simtă la fel de înzestrați ca alții, de aceeași condiție și având drepturi egale cu ei.” („Cunoașterea omului”- Alfred Adler).*

Încă din primele luni de viață, copilul cunoaște, din ce în ce mai des, sentimentul că propriile dorințe nu sunt îndeplinite întotdeauna și că nu poate face nimic împotriva acestui lucru. Părinții și frații mai mari sunt mai puternici, adulții din jur nu îi iau dorințele în serios, copilul este dependent de cei care, de fapt, vor să îl întreacă.

Adler susține că această experiență se observă cel mai clar în cadrul familiilor cu mulți copii, în care unii se simt permanent dezavantajați, aceștia dezvoltând, spre compensare, tendința de a domina toate persoanele din jur, atunci când vor deveni adulți, doar din frica inconștientă de a nu ajunge din nou în aceeași situație.

Tendința de compensare a unui individ care, dezavantajat din cauza inferiorității dată de natură sau mediul în care a trăit copilăria, nu este întotdeauna clasificată drept patologică, ci doar o strategie de supraviețuire. Există în istorie destule exemple în care o persoană dezavantajată somatic și organic a ajuns fruntașă în diferite domenii (sportivi, politicieni, comandanți de armată, profesori etc.).

*„Soluționarea problemelor presupune un anumit grad de sentiment de comuniune socială, o racordare la ansamblul vieții, o capacitate de colaborare și de solidaritate umană. Dacă aceste aptitudini lipsesc, se poate observa un accentuat sentiment de inferioritate, iar urmările acestuia se văd, în linii mari, în <<atitudinea șovăielnică>> și în deviație. Fenomenele somatice, sau psihice care apar în acest context, le-am numit <<complex de inferioritate>>. Neadormita aspirație către superioritate caută să ascundă acest complex sub masca unui complex de superioritate care, întotdeauna, în afara sentimentului de comuniune socială, țintește la aparența unei superiorități personale.” („Sensul vieții”, A. Adler).*

### **3.4.1.2 Poziția socială și materială a familiei**

Sentimentul de inferioritate poate fi bineînțeles dezvoltat și datorită reușitelor sau insucceselor materiale sau sociale. Părinții, în mod inconștient, vor transmite întotdeauna copilului mândria succesului social sau eșecul. Astfel poate lua naștere și o

tendință a individului de a pune în centrul vieții poziția socială sau bunăstarea materială.

*„Este nevoie de multă experiență referitoare la fiecare împrejurare și situație care, probabil, în copilărie, a împiedicat dezvoltarea sentimentului de comuniune socială. Potrivit experienței mele de până acum, căile de acces, care s-au dovedit cele mai bune în cercetarea personalității, le reprezintă o cuprinzătoare înțelegere a amintirilor din copilărie, a poziției copilului în constelația fraților și surorilor, a eventualelor greșeli ale copiilor, a reveriilor și viselor, precum și a factorilor exogeni declanșatori ai tulburărilor.” („Sensul vieții”, A. Adler).*

- *Poziția față de frați sau surori*

Adler atribuie o importanță semnificativă ordinii cronologice în care copiii au fost născuți. Primul născut a avut experiența de a fi mai puternic, mai deștept, mai evoluat față de copiii ulterior născuți, de aceea va fi mai calm și mai conservator, neinteresat în a schimba ceva (în ordinea existențială); al doilea copil va avea dorința și tendința de a măsura propriul potențial cu cel al primului născut, de aceea va avea toată viața nevoie de un “adversar” pe care să îl “învingă”. Acești copii sunt ambițioși, dar pot să dezvolte și o tendință de retragere și depresie datorită faptului că în copilărie întotdeauna au fost pe la doilea plan.

Cel mai mic copil va avea tot timpul dorința de a îi depăși pe ceilalți, acești copii dezvoltă ca adulți dorința inconștientă de a ajunge în frunte. Dintre marii oameni de știință, politicieni sau bogătași, majoritatea sunt cei mai mici din familie.

O altă diferențiere se va face atunci când noul născut este baiat, iar ceilalți copii, sunt fete. El va dezvolta tendință de apărare, dar și de dominare. În cazul în care primul copil este fată, ea va avea aceleași tendințe față de frații mai mici, dar aceasta se va reflecta și în cazul partenerului ales “neîntâmplător”.

### 3.4.1.3 Planul, principiile și stilul vieții

#### Noțiunea de constelație primară

Este un ansamblu compus din poziția socială a familiei, situația materială, modul de educație a părinților, stilul de viață al părinților, „rangul” în individului cadrul familiei, acesta constelația primară va fi hotărâtoare în mod inconștient pentru drumul în viață.

*„... este imposibil să-l smulgem pe individ din interdependența cu viața, mai bine spus, din interdependența cu societatea. Fiecare în care el se raportează la societate trădează, în primul rând, stilul său de viață... Tehnica psihologiei individuale de cercetare a stilului de viață are nevoie de aceea, de o cunoaștere a problemelor vieții și a cerințelor acestora față de individ”. („Sensul vieții”, A. Adler).*

Cu cât idealul individual va fi mai îndepărtat de realul individual, cu atât posibilitatea apariției unui simptom nevrotic este crescută (de exemplu copiii cărora le este „rușine” de obârșia lor sunt mai des în pericol de instabilitate psihică).

- *Principiile și traiectoria vieții*

Comportamentul individului și stilul lui de viață vor avea întotdeauna tendința de apropiere de planul ideal de viață. Acest plan de viață este însă stocat în inconștient, el se manifestă după o schemă necunoscută.

Individul nu merge pe un drum conștient, spre o țință conștientă definită, el se va comporta ca și cum s-ar îndrepta către o țință bine cunoscută, dar impresia îl înșală, căci această țință nu reprezintă propria sa alegere. În acest sens, individul nu va putea explica de ce face un anumit lucru sau altul și de ce repetă

aceleași greșeli de mai multe ori. Doar cunoscând istoricul lui intra și interrelațional vom putea înțelege spre încotro se îndreaptă și de ce.

*„Înțelegând că gândurile și acțiunile oamenilor sunt subordonate unei finalități, unui final condiționat și direcționat, vom înțelege, totodată, ce uriașă sursă de erori poate fi pentru om faptul că el raportează, fără ocol, orice triumf și orice câștig personal la individualitatea sa, utilizându-le pentru consolidarea șabloanelor sale, a liniei sale directoare... Faptul este posibil numai pentru că el lasă totul, în afara examenului critic, în obscuritatea conștientului sau a inconștientului.” („Cunoașterea omului”- Alfred Adler).*

Spre exemplu, femeile care se căsătoresc întotdeauna cu același tip de bărbat, relațiile eșuând de fiecare dată, au în planul de viață, în mod inconștient, acest tip de partener, ca făcând parte principală din planul lor ideal de viață, indiferent dacă din punctul nostru de vedere este greșit.

În esență, cunoscând planul vieții, putem identifica unde acest plan este concordant sau discordant cu realitatea individului. Apoi, vom desprinde principiile vieții, ce reprezintă structurile principale cu ajutorul cărora ne adaptăm realității. După analiza acestei realități adaptative vom defini stilul de viață al individului, și vom căuta punctele discordate în celelalte nivele, idealul vieții, planul vieții, principiile vieții și stilul de viață.

- *Conceptul holistic*

Conceptual, Adler vede omul ca o integritate psihică și corporală și nu încearcă diviziunea psihicului în mai multe sectoare sau segmente precum: Sine-le, Eu-ul, Supra-eul, sau alte împărțiri structurale și formale, prin aceasta Adler se deosebește de școala freudiană analitică.



*“Conceptul holistic sugerează că individul este un tot întreg; motivația individuală unește procesele perceptive, afective, cognitive și conative într-o unitate coerentă. Scopul fiecăruia este o imagine a ceea ce va fi în momentul în care este perfect sau complet, servind ca model de unitate individuală. În loc să ne acceptăm ca ființe umane printre alte ființe umane, fiecare tinde spre un țel de superioritate, evitând, deci, sentimentul de inferioritate.” („Brief therapy with individuals and couples”, Jon Carlson, Len Sperry).*

### **Modelul terapeutic Adlerian.**

Are ca bază corectarea “greșelilor” din planul vieții, principiile vieții, drumul vieții, stilul vieții individului, va încerca să găsească explicarea simptomelor înțelegând, analizând și discutând comportamentul individului și consecințele acestuia. Din această cauză terapia și teoria lui Adler se mai numește și “terapia prin înțelegere”.

*“Chiar dacă Adler a minimizat fenomenele intrapsihice prin supra-aprecierea factorilor sociali, trebuie reținut că, în vremea lui, elementul social nu era suficient de luat în seamă de psihiatrii.”( „Psychoanalytic pioneers”, Franz Alexander, Samuel Eisenstein, Martin Grotjahn).*

- *Stilul vieții*

Aceasta se împarte în două componente principale: primară și secundară.

- *Sistemul primar* de referință se formează în copilărie, este introvertit, privat, subiectiv, cu prejudecăți și centrat emoțional, caracterizat printr-un mod inadecvat în relația cu mediul extern. Este un comportament pur emoțional, ce nu ține cont de situația în care ne aflăm, realitatea ce ne înconjoară, fiind “copilul din noi”.

- *Sistemul secundar* se formează în perioada adolescenței, fiind mai matur, adaptat realității și situației sociale, mai abstract,

analitic, moderat și căută compromisuri, acest sistem secundar fiind numit “adultul din noi”.

Conceptul de apartenență sau de a face parte dintr-un comun este și el un element central în psihologia individuală a lui Adler, acest concept spune că individul se poate dezvolta ideal, doar dacă crește într-o comunitate care corespunde idealului lui.

Complexul de inferioritate poate rezulta și din eșecuri și frustrări în planul vieții, în principiile și stilul vieții. Adler vede acest complex ca fiind productiv și pozitiv dacă nu duce la decompensare, acest complex reprezentând puterea care ne împinge spre mai mult și mai bine, în toate domeniile.

Un risc înalt de dezvoltare a complexului de inferioritate patologic îl au copiii foarte alintați sau supraprotejați, copiii cu handicap organic sau psihic, copii neglijăți, copiii crescuți în mediu familial instabil etc.

*“Nervoticul duce cu sine, permanent, sentimentul de inferioritate. El s-a încătușat atât de tare, de unul singur, în niște principii călăuzitoare, pe care le urmărește pas cu pas, numai cu gândul de le îndeplini, încât, inconștient, a devenit incapabil să se poarte liber și să găsească soluția optimă la problemele reale.” (“The Neurotic Constitution”, Alfred Adler).*

Complexul de superioritate este mai mult o strategie de compensare a complexului de inferioritate. Acești indivizi doresc în mod explicit și fac “orice” să fie superiori în toate domeniile, având deseori tendința spre dominare, aroganță, toleranță scăzută la critică și uneori agresivitate. Suspunerea propriei persoane și supunerea persoanelor din jur este elementul cel mai caracteristic ca mod de comportament al persoanelor cu complex de superioritate.

Părerea mea este că multe dintre personalitățile conducătoare din diferite domenii ale societății sunt dominate sau atinse de acest complex.

#### 3.4.1.4 Simptomul nevrotic și funcția sa

Adler afirmă că simptomul nevrotic nu rezultă direct dintr-o situație insuportabilă sau conflictuală intra sau interindividuală, (diferența față de teoria freudiană a simptomului). În modelul nevrozelor lui Adler simptomul face parte dintr-o strategie a principiilor vieții și este benefic ca soluție intermediară de asemenea inconștientă.

*“În investigarea unui stil de viață nevrotic, trebuie, întotdeauna, să suspectăm existența unui adversar, și să aflăm cine suferă cel mai mult din cauza stării pacientului. De obicei, acesta este un membru al familiei, de sex opus, deși există cazuri în care boala este un atac asupra întregii societăți. Întotdeauna există, în cazul nevrozelor, un element de acuză ascunsă - pacientul simte că a fost deposedat de un drept și dorește să afle un responsabil și să îi atribuie vina”. („Alfred Adler: problems of neurosis, a book of case history”, Alfred Adler, Philip Mair).*

Adler are propria lui explicație legată de apariția nevrozelor, comparativ cu “formula simplă” a lui Freud (*Individul instabil + Evenimente trăite + Mediu + Așteptări externe și interne = Nevroză*), modificând-o într-o formulă care constă în **(I+E+M duc la X (sumă din caracter + factori ereditari + aranjamentul cu experiența de viață) = compensare nevrotică.**

Întrebarea de bază a omului nevrotic nu este “ce pot să fac ca să înfrunt așteptările societății sau comunității pentru a putea trăi în armonie cu mine și cu ea”, ci “cum pot să trăiesc viața,

astfel încât să îmi pot satisface tendința aparentă de superioritate sau inferioritate, adică cum mă pot adapta cu ce am și nu cum mă pot schimba ca să fiu altceva.

*“Adler, a arătat în lucrarea lui cea mai importantă, <<Neurotic Constitution>>, că omul se ascunde de sine prin acceptarea ficțiunilor care îi devin scopuri ultime. Caracterul nevroticului, simptomele și chiar visele lui pot fi înțelese ca mijloace prin care orice individ aspiră la puterea asupra celorlalți, pentru a-și realiza scopurile-fantasmă, de a se simți complet. Din cauza experiențelor de viață anterioare, am ajuns să ne simțim incompleți, imperfecti. Nu ne dăm seama că ne-am construit planuri ale vieții (sau stiluri de viață) menite să urmărească îndeplinirea scopurilor fanteziste de superioritate”. („Psychoanalytic pioneers”, Franz Alexander, Samuel Eisenstein, Martin Grotjahn).*

- *Frica de eșec*

Nevroza, în unele cazuri doar în mod virtual, reprezintă apărarea optimă împotriva fricii de eșec. Ea se manifestă în tendința de impunere și învingere permanentă în domenii personale, dar cu fiecare succes sau înfrângere “pofa” de un succes mai mare va aduce o frică de eșec care va fi mai mare și mai iminentă, astfel că nevroza se poate autoîntreține și se amplifică cu fiecare episod nevrotic până la criza nevrotică.

Dupa Adler criza nevrotică la pacientul cu complex de superioritate patologic apare pentru că, retragerea și stabilizarea cu ajutorul mediului social empatic și înțelegător, devin imposibile aceasta din cauza comportamentului expansiv, dominant al celor care suferă de acest complex, exprimat astfel “fac orice ca să nu mă iubească nimeni dar vreau să mă iubească toți”

#### 3.4.1.4.1 Interpretatea și sensul simptomului nevrotic

După Adler un pacient care suferă de exemplu permanent atacuri de panică, anxietate la condus, frica de a părăsi casa, frica de a părăsi mediul social și familial sau alte simptome, va provoca anumite reacții familiei, activitatea familiei va fi concentrată pe îngrijirea, manifestarea sentimentului de milă, atenție și ajutor față de pacient, el la rândul lui va primi un beneficiu imens și fals prin simptomul nevrotic și atunci de ce să renunțe la el. Acest aranjament nevrotic poate funcționa și 100 de ani până când unul din actorii principali nu va mai fi de acord.

*“Caracterul halucinant al unui nevrotic este un exemplu ciudat al mecanismului de securitate”. (“The Neurotic Constitution”, Alfred Adler)*

*“Nevrozele și psihozele sunt încercări de compensare, creații constructive ale psihicului care se formează, ca urmare a plasării, de către copilul care se simte inferior, a idealului călăuzitor, pe o treaptă prea înaltă. Nesiguranța acestor copii, referitoare la viitorul și succesul lor în viață, îi forțează să facă eforturi mai mari pentru realizarea planului de viață fictiv. Cu cât imaginea călăuzitoare este mai fixă și mai rigidă, cu atât liniile călăuzitoare ale vieții sunt mai dogmatice”. (“The Neurotic Constitution”, Alfred Adler).*

#### 3.4.1.4.2 Intensitatea simptomelor

Simptomele nevrotice sunt graduale. Unele simptome apar și la persoane normale, în situații deosebite de criză (ca de exemplu în bolile cronice sau în stările de stres excesiv), dar, diferența față de bolnavul nevrotic este că, la omul sănătos, simptomul va dispărea odată cu dispariția crizei, iar la bolnavul

nevrotic se va persista cu același stereotip de comportament patologic continuu, de-a lungul vieții.

*“Descoperirea unor trăsături de cruzime în copilărie este neobișnuit de frecventă în cursul analizei nevrozelor și psihozelor... Aceste manifestări devin psihice numai atunci când încep să servească unui final definit și sunt construite ca ficțiuni care au în vedere dezvoltarea unui viitor pentru ele. Dorința morbidă de putere se manifestă, de obicei, în familie, dar cel mai mult în atitudine și comportament. În jocurile și gândurile referitoare la alegerea unei vocații, tendința spre cruzime este dezvăluită într-o manieră ascunsă, făcându-i să o vadă ca tipuri ideale - polițistul, măcelarul, sălbaticul, <<pentru că ei pot biciui un cal>> sau profesorul <<pentru că ei pot biciui copiii>>. (“The Neurotic Constitution”, Alfred Adler).*

#### 3.4.1.4.3 Tipuri de Educație și simptomul caracteristic

După Adler, tipul de educație dat în copilărie și poziția în cadrul familiei îndrumă omul spre un anumit tip de simptom sau nevroză și anume:

- **tipul Egocentric** - manifestă permanent dorința de impunere, dominare, putere, asocial, egocentric, care nu are nici un fel de scrupule față de cei din jur;
- **tipul Stângaci** - face totul greșit, nu are încredere în sine, este nemotivat să schimbe ceva în viața lui, crede că totul este destin;
- **tipul Star** - are nevoie de permanenta admirație a celor din jur, caută permanent să fie în mijloc, în centrul atenției, aleargă de dimineața până seara după admirație și recunoaștere, trăiește în permanență frica de a nu fi considerat inferior;
- **tipul Casnic** nu are inițiative proprii, permanent suferă de ceva, permanent dorește îngrijirea și atenția cuiva, pentru el mila,

atenția emoțională și grija celor din jur este punctul central în viață.

### **3.4.2 Terapia - procesul terapeutic și principiile terapeutice adleriene**

Adler postula că este mai important să “înveți învățorii decât elevul”.

Pe baza importanței mare pe care el a acordat-o educației și influenței mediului, a încercat să elaboreze principii valabile pentru părinți, învățători și alte profesii implicate în educația copiilor, prezentate în numeroase publicații specifice pentru acest grup de persoane.

*“După ce s-a întors din Primul Razboi Mondial, Adler a creat 32 de clinici de asistență pentru copii în școlile publice vieneze și a început să-i pregătească pe profesori, asistenții sociali, doctorii și alte cadre. A fost pionierul training-ului prin demonstrații directe cu părinți și copii, în fața publicului larg. Clinicile fondate de el au crescut ca număr și popularitate, iar el era neobosit în lecturile și demonstrațiile pe care le făcea.”*  
(„Theory and practice of counseling and psychotherapy”, Gerald Corey).

### **Principii în educația pozitivă a copilului**

Cerințele lui Adler erau ocrotirea și îngrijirea pozitivă pentru noul născut, sugarul și copilul mic; efect pozitiv are contactul corporal, tandrețe, calm și întărirea părților de încredere în sine a individului aceasta prin laude din partea parinților.

În conceptul lui Adler pedeapsa corporală este respinsă total, Adler numește pedeapsa corporală un act de barbarism distructiv.

În faze mai târzii, copilul are nevoie de încurajarea independenței și a autonomiei, fiecare pas, făcut independent, este un pas evolutiv pozitiv, ce trebuie încurajat. Critica trebuie să fie conform nivelului de comunicare al copilului, plecând de la ideea că la baza problemelor stă sentimentul de inferioritate.

În cadrul terapiei elaborate, Adler încearcă să îndrume clienții spre ideea că fiecare are dreptul de a fi egal, indiferent de cum l-a înzestrat natura.

## **Bazele terapiei adleriene**

La baza acestei terapii individuale stă explorarea planului vieții inconștient și a principiilor vieții, care au dus la un drum “greșit” și au produs mecanismul nevrotic și, până la urmă, simptomele nevrotice.

Procesul de conștientizare și înțelegere a acestora, conține deja, după Adler, calea spre modificarea și schimbarea în bine. □inta terapiei, în sens mai larg, este de apropiere a individului către o societate reală și găsirea compromisului (conviețuirii) cu cea ideală, baza compromisului este însă inexistența sentimentului de inferioritate sau superioritate.

*“Pentru Adler, terapia constă în încercarea de a dezvălui cum pacientul percepe și experimentează lumea. Adler spunea << Noi nu suferim din cauza șocului cauzat de propriile experiențe - așa numitele traume - ci facem din ele doar ceea ce ne servește scopurilor. Noi suntem auto-determinați în sensul pe care îl dăm experiențelor noastre; și este, probabil, implicată o greșală atunci când facem dintr-o anumită experiență baza vieții noastre viitoare. Înțelesurile nu sunt determinate de situații, dar ne determinăm singuri prin înțelesul pe care îl dăm situațiilor.>>” („Cognitive therapy of depression”, Aaron T. Beck).*



În terapia adleriană, următorii *factori* sunt importanți:  
*Descoperirea constelației familiale* care constă în:

1. informația primită despre situația familială din copilărie;
2. situația familială actuală;
3. eventuale conflicte cu membrii familiei;
4. dezvoltarea socială a individului;
5. comportamentul membrilor familiei față de ceilalți membri.

Cunoscând acești factori vom reuși să descoperim planul vieții și principiile vieții bolnavului.

Este de menționat că nu ceea ce a fost real este de interes deosebit, ci ceea ce simte bolnavul ca a fost “real”- adică fanteziile și ideile lui ne vor interesa în mod deosebit. În felul acesta, vom afla mesajele ascunse și deschise, care i-au fost “împregnate” individului în mod conștient sau inconștient, aflăm despre conflictele deschise și ascunse care l-au dus pe un anume drum al vieții și funcția simptomelor pentru a masca sau înlocui unele dintre principiile vieții sale “insuportabile” sau nerealizabile.

*“Terapia le oferă oamenilor posibilitatea de a dezvolta o nouă flexibilitate, astfel încât să aibă la dispoziție o varietate de răspunsuri”. („The SAGE handbook of counselling and psychotherapy”, Colin Feltham, Ian Horton).*

Un al doilea aspect important va fi *ținuta corporală* și *expresivitatea corporală* a pacientului. Prin aceste mesaje de comunicare nonverbală, exprimate prin gestică și mimică, bolnavul va oferi o sursă de informații poate chiar mai valoroasă decât cea verbală.

## Principii terapeutice

Adler susține că *vindecarea se petrece prin procese intelectuale*, prin conștientizarea drumului “greșit” în planul vieții și principiile vieții dar și prin integrarea treptată în societatea reală ca “ideală” pentru individ. Modificarea stilului de viață duce inevitabil la procesul de acceptare, adaptare și echilibru.

*“Deși oamenii sunt născuți cu potențialul de a simți că sunt egali celorlalte ființe umane, frecvent, acest potențial nu este educat de primele experiențe de viață. Trăim într-o societate centrată pe greșeală, în care aceasta este comentată și căreia i se răspunde printr-un comportament neadecvat... Adler a recunoscut la oameni comportamente nevrotice, precum dezvoltarea unei afecțiuni, dizabilități sau scuze pentru că nu și-au atins țelurile mult prea ambițioase.”* (“The SAGE handbook of counselling and psychotherapy”, Colin Feltham, Ian Horton).

Prin toate acestea sentimentul de inferioritate va dispărea sau individul învață să-l accepte ca o parte din sine asupra căreia trebuie să mediteze și să investească energie pentru a-l depăși, individul trecând peste faza de “nu am curaj sau nu pot să lupt” în faza de “nu este nevoie să lupt pentru că nu am nimic de învins”. Umbra propriei inferiorități se va schimba în “sunt egal printre egali” și “mă pot accepta așa cum sunt”.

*“Clienții sunt învățați să se concentreze pe punctele tari și să vadă, mai degrabă, în greșeală, oportunitatea de a învăța și nu o evidențiere a eșecurilor. Greșelile sunt văzute ca o parte normală a experienței umane.”* („The SAGE handbook of counselling and psychotherapy”, Colin Feltham, Ian Horton).

În terapia adleriană sistemul intern de autodefinire (Selforganisation and Seldefinition), prin comparație cu ceilalți,

este dus în terapie “ad absurdum”, până în momentul în care individul înțelege și simte că singurul “eșalon” este el însuși.

Un alt principiu din terapia adleriană este *asocierea cu copilul mic din pacient*. În această procedură, terapeutul își arată disponibilitatea de a “participa”, ca partener de joc, în principiile de viață dobândite în copilărie, adică va prelua un rol prevăzut pentru el în sistemul de viață al pacientului (parinte, bunici, bona etc.). Doar în a doua fază, terapeutul va încerca, împreună cu pacientul, să conștientizeze în mod cognitiv, intelectual, elementul nevrotic al acestui “joc”.

*“Noile comportamente sau atribuții pot avea succes - logica privată veche este pusă la îndoială și, deci, slăbită, și este înlocuită de bun simț. Noile comportamente pot avea rezultate dezastruoase, în care caz clienții pot fi tentați să se retragă în vechile manifestări cu care se simt confortabili și familiari. Pe măsură ce logica lor privată scade și bunul simț crește, ei vor manifesta un interes social ridicat în toate sferele vieții lor, și își vor asuma responsabilitatea pentru propriile scopuri în viață, percepții și comportamente.” (Dryden's handbook of individual therapy”, Windy Dryden).*

Adler sustine ca orice intervenție prematură pentru înlăturarea simptomului nevrotic va fi urmată de o rezistență amplificată din partea pacientului, acesta din urmă ancorându-se de simptomul nevrotic pentru a-și apăra stabilitatea emoțională. Arta în terapia adleriană este *descoperirea scopului simptomului și găsirea momentului potrivit* pentru prelucrarea și înlăturarea simptomului (daca este nevoie).

Terapeutul, la momentul potrivit, va încerca să înlătore teama pacientului de prelucrare a simptomului și de a *da o interpretare “pozitivă”* acestui mod de comportament. Este absolut necesar ca pacientul să recunoască funcția simptomului,

să înțeleagă pentru ce a avut nevoie de simptom până în prezent și felul în care va putea trăi, pe viitor, fără simptomul nevrotic.

De exemplu, unui pacient care manifestă simptomul de claustrofobie sau un simptom isteric i se va explica faptul că funcția acestui simptom este importantă și îl apără de situațiile neplăcute, de exemplu când se simte inferior, insuficient și neglijat la locul de muncă. În acest context, terapeutul poate să îi explice acestuia importanța și “beneficiul temporar” al simptomului și anume faptul că și prin acesta (claustrofobia sau un alt simptom), pacientul a beneficiat, până în prezent, de atenția colegilor și a devenit cunoscut în tot departamentul, capătând astfel o atenție și o grijă crescută, dar că, de acum încolo, poate și prin alte mijloace, de exemplu, printr-o muncă deosebit de bună sau alte idei benefice la locul de muncă, să primească aceeași atenție din partea colegilor.

Acest principiu de reinterpretare este cunoscut și în alte forme de terapie sub denumirea de “reframing”, adică oferă unei imagine diferită a aceleiași situații (punem o rama nouă la un tablou vechi și prin acesta tabloul pare mai frumos).

Pacientul, care înțelege cognitiv pentru ce are nevoie de simptom, nu se mai simte supus simptomului și va putea găsi o altă cale, mai puțin dureroasă, și mai compatibilă cu mediul social, de a-și satisface trebuințele emoționale primare.

În terapia adleriană sunt incluse și *elemente umoristice și elemente care arată absurditatea unei situații de comportament nevrotic*. Ca de exemplu, în anecdota ce povestește despre înțelepciunea unui angajat, care îi promite șefului său că va învăța măgarul să vorbească latina în 10 ani, dacă primește un avans de 100 de mii de dolari. Acasă, soția lui îl ceartă și îi face scandal, întrebându-l ce se va face peste 10 ani dacă măgarul nu va ști latina. Angajatul-soț răspunde soției “în 10 ani poate moare măgarul, poate mori tu, poate moare șeful, poate murim cu toții. Hai să ne facem, cât trăim, o viață frumoasă cu bani, ba chiar

poate facem minuni unui om suferind excesiv de grija zilei de mâine, adică ție”.

*“Teoria lui Adler referitoare la personalitate oferă terapeuților adlerieni o înțelegere completă a comportamentului uman. Practica terapeuților adlerieni este foarte variată, dar, întotdeauna, este bazată pe conceptul holistic și socio-teologic în care sunt văzuți oamenii... Procedurile psihoterapeutice practicate de însuși Adler sunt folosite și azi de terapeuți și, orice altă tehnică pe care aceștia o găsesc folositoare, este adăugată abordării de bază”. („Dryden's handbook of individual therapy”, Windy Dryden ).*

### **3.4.3 Recapitulare**

#### **Alfred Adler și psihologia individuală**

- Psihologia individuală a fost concepută de Alfred Adler (1870-1937); este de fapt psiho-sociologie clinică și de neconfundat cu psihologia personalității, apărută mai târziu.

- Adler privește persoana ca un întreg; în loc de împărțire în instanțe, el vede omul legat și dependent de mediul social, pretențiile și dorințele individului sunt în conflict cu pretențiile și dorințele mediului social.

- Adler subliniază și capacitatea individului de a compensa deficiențele dobândite și cele manifestate în timpul evoluției personale sau cu ajutorul terapeutului.

#### **Sentimentul de subestimare și sentimentul de supraestimare**

- În centrul “problemei” stă întrebarea legată de finalitate și nu de cauzalitate. Întrebarea principală este, „încotro mă îndrept” și nu „de ce mă îndrept spre..”. Individul nu caută cauza problemei, ci răspunsul la întrebarea “de ce a apărut și unde va duce”, în loc

de „de unde vine asta .. ?“, ci „pentru ce e bun..“; „pentru ce mi-e frică..“ și nu „de ce mi-e frică..“.

- Simptomul nevrotic apare ca o reacție de apărare împotriva pretențiilor mediului social, punctul de plecare al nevrozelor fiind sentimentul de inferioritate.

### **Sentimentul de inferioritate/sentimentul de superioritate**

- În faza incipientă, Adler considera defectele organice ale individului cauza tulburărilor de stimă de sine. Mai târziu, va sublinia că „fiecare își începe viața mic și neajutorat; firesc, se dezvoltă sentimentul de a fi dependent sau handicapat față de mediu“.

- Aspecte socio-psihologice, ca de ex. protecția exagerată, neglijarea, stilul autoritar în educație, sunt factori care pot împiedica o dezvoltare autonomă, independentă și matură.

- Prin încercarea de compensare sau supracompensare a sentimentului de inferioritate, rezultă dorința de a domina și a stăpâni pe alții, sentimentul de superioritate.

- Funcția sentimentului de superioritate este de apărare a sinelui prin opunere (protest) sau mascare a sentimentului de inferioritate.

- După Adler, un handicap duce la supracompensare; de ex.: statura mică - funcția de conducere (Napoleon și alții).

- Un handicap social sau material, dar și o poziție nefavorabilă față de frați sau surori, duce la supracompensarea poziției dezavantajate (fratele mare totdeauna își conservă poziția, pentru ca îl avantajează).

- Pentru Adler, și sexul are un rol important, dar totdeauna modul de percepție al unui eveniment este important, și nu evenimentul real (maltratat de tată, dezvoltă sentimente de ură față de fratele mai mare).

### **Stilul de viață**

- Din constelația socială se formează un stil sau structură de bază a sentimentului de inferioritate și, ca o compensare, sentimentul de superioritate; acest model acțional, care se poate identifica de-a lungul vieții, este numit de Adler - stilul de viață.

- În stilul de viață sunt incluse așa numitele „linii direcționale ale vieții“, care corespund cu „principiile de acțiune ale vieții“, aceste principii dominând „planul de viață“.

- Planul vieții este, în cea mai mare măsură, inconștient.
  - *Planul vieții* - programul de bază tintit spre soluționarea și satisfacerea cerințelor psihosociale ale mediului social;
  - *Liniile direcționale* - aspecte structurale de bază pentru lupta cu mediul psihosocial.
  - *Stilul vieții* – tactici și strategii speciale pentru a putea urma liniile direcționale a vieții.

## **Comportamentul**

M. Titze consideră că stilul de viață poate avea doua sisteme de referință inter- relaționale :

- *Sistemul primar* - reprezintă nivelul infantil și este: imaginativ, simplificat, metaforic, „analog“, emoțional-dominant, plin de prejudecăți, egoist, tinde spre decizii în alb sau negru, este copilul mic din noi, „das kleine Kind în uns“ (Adler)

- *Sistemul secundar* - nivel matur, dobândit prin socializare, verbalizat, abstract, analitic, „digital“, normativ, convențional, inter-relațional, structurat după reguli, logice și rezonabile.

## **Sentimentul de apartenență comunitară și omul dominant**

- Sentimentul de apartenență comunitară este o bază a psihologiei individuale și rezultatul socializării reușite, respectiv un semn major de sănătate mentală.

- Sentimentul de inferioritate este pozitiv pentru că dă naștere dorinței de modificare sau înfrângere a acesteia.

- Din tensiunea aceasta dureroasă, între senzația de inferioritate și depășirea ei, se naște forța evolutivă pentru orice progres și evoluție a omenirii.

- Baza pentru dezvoltarea sentimentului de apartenență socio-comunitară este relația cu mama, ca prima persoană de referință socială. În această relație, de importanță majoră, se experimentează un sentiment de încredere față de mamă și de ocrotire din partea mamei.

- Prin conjuncturi nefavorabile, se poate întâmpla ca sentimentul de apartenență comunitară și socială să nu se poată naște. Astfel, copilul ajunge să fie interesat numai de propria persoană. Această conjunctură o găsim în următoarele moduri de educație a copilului:

- a) Copii educați excesiv de autoritar vor căuta să îi domine pe ceilalți sau vor căuta împrejurări care le oferă putere asupra celorlalți; se naște o dorință și o tendință spre superioritate = Omul căutând puterea.

- b) Copii cu dizabilități sau handicap fizic.

- c) Copii alinați, răsfățați, dezvoltă o stimă de sine defectuoasă, devin incapabili de asumare a răspunderii și de a se impune; aceasta poate duce la terorizarea celorlalți prin comportament neajutorat permanent (sugar, copil mic).

- La omul veșnic dornic de putere, sentimentul de inferioritate și subestimare duce la compensare prin dominarea altora și supraestimarea de sine.

### **Aranjamentul simptomelor nevrotice**

- Pentru Adler, simptomul nevrotic are funcția de sustragere de la răspunderea comunității sociale; această tendință duce la modificarea percepției realității și la simptomul nevrotic.



- Întrebarea omului nevrotic nu este:

„Ce trebuie să fac să mă adaptez comunității sociale în care trăiesc astfel încât să mă ajute la o convietuire armonioasă?”, ci este: „Cum trebuie să mă comport, pentru a-mi satisface tendința de a ma impune și a fi superior celorlalți și cum pot masca sentimentul meu de inferioritate, ca să pot ajunge să îi domin pe ceilalți?”

- Prin accentuarea acestor simptome se amplifică, în timp, frica de eșec social și în cadrul comunității. Astfel, copilul se va izola, va evita contactul social și confruntarea cu cerințele unui astfel de contact.

- În același timp, în spatele simptomului există și un beneficiu: provocarea milei celorlalți și, implicit, acceptarea de către aceștia a bolnavului în urma explicării și argumentării disfuncționalității.

## **Terapia**

- Psihologia individuală este orientată spre educație, subliniază educația clientului dar și educația educatorului (profesor, părinte)

- Principii importante din terapie:
  - A oferi iubire și acceptare (preventiv)
  - Încurajarea și amplificarea respectului de sine.
  - Cercetarea planului de viață.
  - Anamneza constelației familiale.
  - Analiza ținutei corporale, gesticii și mimicii.
  - Vindecarea prin înțelegerea simptomelor.
  - Îndrumarea spre autoacceptare
  - Alianța cu copilul din pacient.
  - Sublinierea autorăspunderii pacientului pentru propria viață
  - Folosirea elementor umoristice și paradoxale

### 3.5 Alte concepte terapeutice analitice

#### 3.5.1 Vegetoterapia lui Wilhelm Reich



**Wilhelm Reich**

Medicul Reich este cel mai controversat om de știință din domeniul psihanalizei. În principiu, Reich, în lucrările lui, a părăsit teoriile psihice și s-a îndreptat spre teoriile bioenergiei și biofizicii, în centrul lucrărilor lui stând bioenergia și întrebările legate de aceasta. Până în anii 1920, Reich a continuat în mod consecvent munca lui Freud.

*“Wilhelm Reich a fost unul dintre studenții lui cei mai promițători și apropiați. În 1922, Freud l-a făcut asistentul lui principal... dar, fiind foarte individualist, Adler nu a acceptat în totalitate dogma psihologiei lui Freud și nu a jucat rolul discipolului care nu pune la îndoială teoriile Maestrului, așa cum le cerea Freud elevilor săi”. (“Body of knowledge”, Robert L. Marrone).*

În centrul dezvoltării psihice, Reich a fixat elementul de libido, în timp ce Freud începând cu anii 1920, ca să își “salveze” munca de-o viață, a început să facă compromisuri din ce în ce mai mari cu ceilalți psihanaliști, care părăsiseră teoria libidoului - ca principală cauză a oricărei nevroze sau simptom.

Cercetările lui Reich au continuat menținând în centru sexualitatea și energia libidoului, ca geneză primară și ca forță principală pentru orice “acțiune” în viață.

*“El a încercat să-și aplice teoriile la o gamă largă de probleme, începând cu bolile psihice până la cancer, dar conexiunile pe care le-a făcut între medicină și sexualitate i-au atras represaliile Gestapo-ului înainte de al doilea război mondial, și, apoi, al FBI-ului în SUA”. (“Conspiracy encyclopedia”, Thom Burnet).*

În timp ce psihanaliștii din această epocă se vor îndrepta spre un concept structural general, Reich va continua cu modelul energetic punând întrebarea “care este sursa energiei libidoului, sau a oricărei energii care ne determină să facem ceva, sau ne oprește să facem acel ceva?”. Reich susținea că doar blocajele energetice conduc la tulburări psihice, iar, mai târziu, va susține că potența orgasmică și reflexul orgasmic (orgonului - energie vitală cosmică), sunt “acte” care deblochează fluxul energetic în corp, iar neîmplinirea lor blochează fluxul energetic primar.

*“Orgonomia este știința Orgonului, așa numita energie primordială, sau Energia Vieții, cum este numită de descoperitorul ei, W Reich. Existența unei astfel de energii este, încă, contestată – sau cel puțin neglijată - de aproape toți oamenii de știință care nu au participat la experimente și observații”. (Wilhelm Reich and Orgonomy, Ola Raknes).*

Reich vedea orice nevroză ca un dezechilibru între cumulara de energie și posibilitatea de a elibera această energie (ca de exemplu prin actul sexual). Această teorie nu este chiar de neglijat, mai ales că, ne este cunoscut faptul că, aproape toate simptomele nevrotice, apar în preajma sau după pubertate, când energia sexuală este maximă, iar posibilitatea ei de descărcare redusă.

Multe dintre ideile lui Reich se regăsesc în lucrări actuale despre sexualitatea în cadrul familiei, sexualitate și societate, homo și heterosexualitate, moralitate și sexualitate, oprirea

sexualității de către societate, morala și evoluția societății etc. În multe forme de psihoterapie, care lucrează cu metode corporale și verbale, se regăsesc, aproape în totalitate, elemente din lucrările lui Reich.

*“Edgar Hoover a încercat să-l discrediteze pe Reich ca fiind comunist, dar când investigațiile au dovedit exact reversul, cazul lui Reich a fost înaintat către FDA (Autoritatea Americană pentru Alimente și Medicamente). Acesta i-au condamnat, în mod arbitrar, lucrarea ca fiind pseudo-științifică și a fost forțat prin ordin judecătoresc să-și înceteze cercetările și tratamentele. Cărțile lui au fost arse, laboratorul și echipamentele distruse, iar, pentru faptul că a încălcat o restricție impusă de FDA și, astfel, a sfidat un ordin judecătoresc, a fost încarcerat și a murit într-o închisoare americană”. (“Conspiracy encyclopedia”, Thom Burnett).*

### 3.5.1.1 Caracterele patologice

Reich identifică următoarele caractere patologice:

- **tipul falic narcisist** - are ca o caracteristică principală aprecierea redusă față de femei și o tendință de dominanță absolută;
- **tipul pasiv-feminin** - are tendințe aproape masochiste în a se supune unui partener dominant, uneori chiar violent;
- **tipul masculin agresiv** - domină prin “mână dură” și reguli familiale stricte și statice, de la care nimeni nu are voie să se abată;
- **tipul isteric** - se leagă de oricine ca să nu fie supus dezamăgirii sau traumatizării despărțirii, pe care nu o poate prelucra și suporta;
- **tipul obsesional** - are la bază tendințe sadice, dar și le poate oprima sau marginaliza doar găsind o structură și un mod de

viață extrem de static, după norme și ritualuri pe care să le respecte minuțios;

- **tipul masochist** - nu poate accepta dorințele sexuale și este în permanentă căutare a pedepsei, care îi aduce o anumită satisfacție secundară.

### 3.5.1.2 Terapia corporală a lui Reich

Aceste forme de terapie se bazează pe ideea că fiecare organ reprezintă și sediul unei emoții sau al unei afecțiuni. Simptomul provine din cauzele oprimării sau suprimării acestor emoții sau afecțiuni.

*“Din cercetările lui, au ieșit la iveală multe probleme psihiatrice complicate, care cereau noi formulări și noi cercetări. Una dintre aceste probleme s-a referit la originea tensiunilor musculare și a stazelor, care inhibă metabolismul energiei libere. Reich a arătat că nevroza s-a format pentru a proteja ego-ul împotriva sentimentelor dezagreabile, precum durerea și anxietatea și, în al doilea rând, împotriva a tot ce putea duce la formarea acestor simțăminte”. (Wilhelm Reich and Orgonomy”, Ola Raknes).*

De obicei, se începe terapia cu toracele, care simbolizează locul unde este blocată agresivitatea, supărarea, ura, trecându-se treptat, prin masaj și instruire pentru o respirație modificată, la deblocarea acestei emoții, afecte și tendințe, apoi gradual se va trece și la celelate părți și organe, unde se presupune, din datele anamnestice, că ar exista blocaje energetice.

### 3.5.2 Bioenergetica lui Alexander Löwen



Lowen, inițial avocat de profesie, a fost, timp de 12 ani elevul lui Reich, după care a studiat medicina specializându-se în psihiatrie. Din anul 1952, a deschis un cabinet de psihanaliză și terapie corporală la Geneva.

*“Am fost influențat, în mare măsură, de gândirea lui Reich.*

#### **Alexander Löwen**

*El mi-a fost profesor din anul 1940 până în 1953. A fost terapeutul meu din 1942 până în 1945. Am devenit psihoterapeut, pentru că abordarea lui asupra problemelor umane, atât teoretice (analiza caracterului), cât și tehnice (vegetoterapia), a reprezentat un pas important în tratamentul nevrozelor. Analiza caracterului a fost contribuția măreață a lui Reich la teoria psihanalizei”. (Fear of Life, Alexander Lowen).*

Löwen avea un spirit expansiv și a învățat teoriile lui (puțin modificate, dar în principiu, cuprinzând metodele lui Reich), în nenumarate seminarii. A deschis, treptat, institute în majoritatea țărilor occidentale, primul fiind la New York, iar azi, în toată lumea, numărul lor a ajuns la 500.

Popularitatea metodelor de bioenergie a determinat ca însăși noțiunea de “bioenergie” să fie aproape sinonimă oricărei metode care se folosește de ideea că, în corpul uman, circulă energii, sub o formă sau alta, și că, scurgerea și fluxul liber ale acestora, duce la vindecarea sau ameliorarea multor simptome de categorii diferite.

De remarcat, este un citat dintr-o convorbire a lui Reich și Löwen de la începuturile colaborării lor: "Reich: *Unde doriți să*

ajungeți de fapt?, Löwen: “Vreau să fiu cunoscut”, “Reich: Am să vă ajut să fiți cel mai cunoscut în domeniul meu”.

Ciudat sau interesant este că, dacă vorbim de terapia cu bioenergie, numele de Reich aproape a dispărut din mintea specialiștilor, dar numele de Löwen este acceptat ca primul care a pus bazele acestei forme de terapie.

La baza acestei terapii stă ideea că stresul și tensiunea fizică (fie psihică, fie somatică), dau naștere la dorința conștientă, sau inconștientă de eliminare a acestei tensiuni sau a acestui blocaj. Dacă această dorință nu poate fi satisfăcută, va duce la tensiuni și mai mari, până cand se vor manifesta de exemplu prin tensiuni musculare, simptome funcțional somatice, inhibiții comunicaționale, etc.

*“Vegetoterapia a marcat o cotitură a procesului terapeutic pe trăsătură somatică. Reich a văzut că nevroza se manifestă, atât atunci când funcția vegetativă era afectată, cât și în timpul conflictelor psihice. Respirația, mobilitatea și mișcările involuntare de plăcere din timpul orgasmului erau, în mod evident, restricționate, la tipul nevrotic, la tensiuni musculare cronice”. (“Fear of Life”, Alexander Lowen).*

Aceste tensiuni, blocaje sau încărcări energetice, după Lowen, se manifestă, nu doar prin simptome, dar și printr-o “ținută” caracteristică, tipică acestei stări. Terapia începe cu un dialog purtat cu individul și prin observația acestuia, astfel se identifică locul blocajului energetic și astfel vom putea adopta măsurile terapeutice necesare.

Asemeni lui Jung, pentru Löwen există caractere diferite cu manifestări simptomatice tipice pentru aceste caractere sau structuri psihice și anume *tipul schizoid, tipul oral, tipul masochist, tipul psihopat, tipul rigid*.

*“ Termenul de caracter nevrotic se referă la o schemă comportamentală bazată pe conflicte interne și reprezintă frica de viață, sex și de a fi. Reflectă experiențele din prima perioadă de dezvoltare a individului, pentru că el s-a format ca rezultat al acelor experiențe. Cea mai importantă experiență în apariția unui caracter nevrotic este cea oedipală. Experiențele cheie au loc între 3 și 6 ani, când situațiile oedipale dezvoltă interesul sexual al copilului față de sexul opus și rezultă într-o rivalitate cu părintele de același sex”. (Fear of Life, Alexander Lowen).*

Este important de înțeles că aceste tipuri nu caracterizează oamenii, ci doar stările momentane de apărare de tip nevrotic, un om putând face parte, concomitent, din mai multe tipuri.

După Löwen, tendințele sau dorințele inconștiente sunt de tip evolutiv, își modifică importanța de-a lungul dezvoltării către faza adultă.

- În *faza intrauterină*, copilului îi vor fi satisfăcute toate trebuințele, fără ca acesta să fie nevoit să ceară sau să fie conștient că le are, ele doar existând;

- În *faza de afirmare a trebuințelor*, copilul se manifestă în funcție de ce îi lipsește (lapte, caldură, apropiere etc.), prin țipete și mișcări caracteristice;

- În *faza de independență*, copilul începe să tindă și să arate că reușește singur, adică "merg", "mă mișc", "caut", "fac singur";

- Urmează *faza de apropiere și ocrotire* (am nevoie de tine), după independență, copilul semnalizează că are nevoie de tine, nevoie de alte persoane, de familie, de mediul social, etc;

- În *faza de libertate* copilul cere dreptul la părerea ta și la părerea celorlalți, sau întreprinde acțiuni chiar diagonal opuse părerii, așteptărilor sau comportamentului părinților;

- *Faza de sexualitate și dragoste*, cuprinsă între (3-6 ani), este aceea în care copilul își descoperă identitatea sexuală, respectul față de același sex și caută apropierea față de sexul opus (aceasta corespunde, oarecum, fazei oedipale freudiene).



Orice dezvoltare inadecvată, frustrări sau modificări ale acestei faze de dezvoltare, va duce la un conflict sau către o regresie în fazele dezvoltării, și prin urmare, la manifestarea simptomelor și la o blocare în acest simptom (repetare).

*“Nevroza nu este definită, de obicei, ca o frică de viață, dar exact asta este. Persoanei nevrotice îi este frică să-și deschidă inima iubirii, îi este frică să se exprime, îi este frică să fie în întregime ea însăși.... Dacă cineva simte mai multă viață sau sentimente decât este obișnuit, acest lucru devine înfricoșător pentru că amenință să îi copleșească ego-ul, să-i inunde limitele și să-i submineze identitatea”. (Fear of Life, Alexander Lowen).*

Spre exemplu, putem lua un individ care a ramas “blocat” între faza necesității de apropiere și ocrotire și între cea a independenței și dezvoltării personalității. Acest individ va avea veșnica problemă a partenerului, dacă acesta îi este prea aproape are tendința să fugă sau să facă partenerul să plece, iar când partenerul a plecat sau el s-a îndepărtat, va simți din nou, nevoia de imediata lui apropiere. Acest mod de relație, mai devreme sau mai târziu, va duce la simptome nevrotice, tulburări de apropiere-distanțare, indivizii care schimbă des partenerul și care nu pot menține o relație emoțională stabilă în timp prezintă aceste particularități.

### **3.5.3 Terapia corpopsihica după metodele lui Reich, Löwen și alții**

Aceste forme de terapie sunt dominate de munca cu corpul pacientului, ele încercând să aducă corpul la un echilibru energetic, să elimine tensiunile și conflictele la orice nivel corporal, obținându-se o readucere a echilibrului corpo-psihic către un nivel pozitiv.

*“Analiza bioenergetică oferă o înțelegere sistemică a structurii caracterului, atât la nivel psihic, cât și somatic. Această înțelegere ne dă posibilitatea să citim problemele emoționale și caracterul persoanei din expresia trupului. De asemenea, ne dă puterea să ne imaginăm istoria persoanei, deoarece experiențele vieții sunt structurate în corpul ei. Informația primită în urma citirii limbajului corpului este integrată în procesul de analiză.”,*  
(*Fear of Life*, A. Lowen).

Această formă de terapie, este caracterizată de următorii pași (exerciții):

**a) contactul cu pamântul:** resimțirea contactului cu pamântul pe care stăm. Se va pleca de la ideea că un pacient, care a pierdut contactul cu pamântul, nu poate menține nici contactul psihic adecvat cu mediul social. În această fază, pacientul se concentrează și percepe emoțiile pe care le simte având un contact cu pamântul, cu picioarele sau cu mâinile, cu cât va simți pamântul sau baza lui mai bine, cu atât va putea elimina senzația de a fi pierdut în viață.

*“Împământarea se referă la conexiunea energetică dintre picioarele persoanei și pământ.... Sentimentele de securitate și independență sunt legate intim de funcția picioarelor și tălpilor acestei persoane. Aceste sentimente îi influențează puternic sexualitatea”. (*“Fear of Life”*, Alexander Lowen)*

**b) intensificarea vibrațiilor din corp** prin mișcări mici și repetate: pacientul își va simți toată musculatura și membrele, capătând astfel o nouă senzație corporală; va lăsa “bioenergia” să îi curgă prin întreg corpul. Acest tratament duce la eliminarea blocajelor psihice și la încărcarea cu energie pozitivă.

**c) reglarea respirației și profunzimea ei:** prin aceste exerciții pacientul învață să respire mai adânc și mai amplu ajungând la percepția emoțiilor resimțite după respirație. Pacientul

elimină, astfel, deficite energetice, umplând-și corpul cu energie pozitivă (reoxigenarea resurselor energetice). Emoțiile și gândurile devin mai clare, pozitive și mai apropiate de corp și de individ, în întregime sa (o respirație superficială va “suge” energia din corp și psihic, eliminând-o spre exterior).

**d) întărirea conștientului și încrederea în sine:** în aceste exerciții individul își va simți propriul corp, adică se va atinge singur cu mâinile în diferite zone corporale; va conștientiza că este întreg, că funcționează și că se simte pozitiv și plăcut, toate acestea ducând la o creștere a încrederii în sine și către trăirea pozitivă de a fi viu;

**e) lărgirea posibilităților de exprimare:** în această fază, individul folosește gestică și vocea pentru a exprima ceea ce simte, un fel de a readuce gestică și vocea la starea ideală (la idealul propriu) - exemplu, pentru un individ care merge cocoșat, va face exerciții de a atinge cu capul cerul și își va exprima superioritatea în înălțime; iar cineva, cine vorbește foarte neclar (fonfăit), va învăța să vorbească clar și mai rar, aceste schimbări producând și schimbări majore în psihicul individului.

*“Analiza bioenergetică angajează multe tehnici și exerciții corporale active care ajută la întărirea poziției verticale a pacientului, îi crește energia, lărgeste și adâncește autopercepția și, mai departe, autoexprimarea”. (Fear of Life, Alexander Lowen)*

Acest tip de terapie este singura formă care se bazează pe atingerea terapeutului și care folosește multe sisteme de deblocare fizică ale pacientului de către terapeut prin contact corporal direct, ca de exemplu masajul unei zone, mișcări ale membrilor în direcții diferite, apăsarea unei zone blocate, și multe alte exerciții, pe care le execută terapeutul asupra pacientului.

După fiecare ședință, se discută cu pacientul ceea ce a simțit acesta la un moment dat, ce idei s-au produs sau i-au venit, cum a fost percepția lui la un exercițiu sau la altul, încercându-se, astfel, încadrarea relatării pacientului într-un sistem sau într-o teorie psihanalitică, pentru a se înțelege de unde s-au produs simptomele nevrotice și prin ce exerciții se pot rezolva.

Această formă de terapie este foarte populară, fiind accesibilă oricărei persoane, chiar și celor fără pregătire psihologică sau medicală, mai ales fizioterapeuților care au o afinitate spre această formă de terapie orientată corpopsihic. Se practică în mai mult de 60 de țări, dar dacă stăm și ne uităm atent la terapia prin yoga, terapia prin meditație și multe alte forme de spiritualitate din Asia și din alte părți ale lumii, vom găsi multe forme comune cu psihoterapia lui Reich și Löwe.

*“Indiferent câte succese am avut, suntem predestinați să avem și eșecuri. Cred că majoritatea dintre noi simt senzația de eșec. Suntem perfect conștienți de durerea, angoasa și disperarea ce zac foarte aproape de suprafață. Dar suntem hotărâți să ne depășim slăbiciunile, fricile și să surmontăm anxietățile. De aceea, cărțile legate de autoperfecționare sau <<Cum sa O Faci>> sunt atât de populare. Să fii o persoană nu e ceva ce toată lumea poate face. Nu e o performanță. Trebuie, poate, să ne oprim din forfota noastră frenetică, să ne luăm un răgaz pentru a respira și a simți... Dacă putem face față golului din lăuntru, vom găsi împlinire. Dacă putem trece de disperare, vom descoperi bucurie. În această asumare terapeutică, s-ar putea să avem nevoie de ajutor” (Fear of Life, Alexander Lowen)”*

### 3.5.4 Psihoterapia Tranzacțională (Analiza Tranzacțională)

#### 3.5.4.1 Scurtă introducere



**Eric Berne**

dezvolte o metodă, care îi permitea atât stabilirea diagnosticului, cât și stabilizarea psihică, în timp record.

Bazele analizei tranzacționale au fost puse de către Eric Berne, în deceniul al șaselea. Berne a fost medic psihiatru militar în Statele Unite, a lucrat mult timp cu soldați traumatizați după cel de-al doilea război mondial. Faptul că, nevoile unui psihiatru al armatei se deosebesc de cele ale unui psihiatru dintr-un cabinet sau spital, l-au determinat pe Berne să caute și să

*“Care a fost, în fapt, noutatea pe care a adus-o Berne în domeniu? El a construit o teorie bazată pe un concept psihodinamic, care putea fi verificat direct prin observarea lumii reale.... În întreaga sa operă, Berne a preluat concepte pe care alți autori psihodinamici le-au descris în termeni generali sau abstracți și le-a redefinit, astfel încât să fie identificabile, în lumea reală, prin observație.” (Eric Berne, Ian Stewart).*

Un alt factor important l-a reprezentat faptul că Berne s-a văzut respins de către societatea de psihanaliză pe motiv că nu a reușit să finalizeze o autoanaliză completă, la termen (pe atunci un proiect având o durată de cel puțin 3 ani și cu costuri imense).

Berne a fost influențat, în mare parte, de către Erickson (baza hipnozei de tip ericksonian) și de către Paul Fiedler (lucrări despre modificările stărilor eu-ului, odată cu înaintarea în vârstă), de la ambii preluând, parțial, materiale în teoriile sale.

Toate acestea l-au condus pe Berne spre elaborarea unei teorii proprii a personalității, a interacțiunii sociale și o psihoterapie proprie. Lucrările sale, demarate în perioada anului 1955 au pus baza și au popularizat psihoterapia tranzacțională.

*“Noțiunea fundamentală în teoria Analizei Tranzacționale este cea a stărilor ego-ului. Berne nu a inventat nici termenul, nici conceptul. El le-a împrumutat, cu acordul lor, din lucrările psihologilor ego-ului, Paul Federn și Edoardo Weiss. Berne a arătat că modificările în stările ego-ului erau legate profund de schimbările observabile ale comportamentului.... Berne a adoptat de la Freud concepte precum “transfer” și “contratransfer”. Dar el a mers mai departe și a definit anumite scheme observabile de comunicare – tranzacțiile - care, a sugerat el, indică în mod sigur transferul și contratransferul (sau absența lor)”. (Eric Berne, Ian Stewart).*

O altă contribuție deosebită, adusă analizei tranzacționale, a fost făcută de către Thomas A. Harris, prin conceptul lui descris în articolul numit “Eu sunt OK, tu ești OK”, articol publicat în anul 1975.

*“Berne a avut o viziune pozitivă asupra naturii umane pe care a transpus-o în analiză prin << Eu sunt OK, tu ești OK>>. Un alt mod în care el a exprimat această stare de bine este <<Fiecare ființă umană s-a născut prinț sau prințesă; experiențele primare îi conving pe unii că sunt broaște și restul evoluției patologice se naște din aceasta>>”. („Eric Berne“, Ian Stewart).*

Analiza tranzacțională a preluat unele elemente de bază din modelul lui Freud despre libido și modelele lui Adler despre interacțiunile interfamiliale, modelul vieții și al constelației familiale. Berne a integrat multe idei din psihologia socială și din alte diverse domenii științifice, ca de exemplu pedagogia. Scopul final a fost acela de a găsi o formă de psihoterapie care putea fi

înțeleasă și învățată rapid de către specialiști și care putea oferi acces cât mai multor persoane bolnave pentru a fi tratate psihoterapeutic.

*“ Pentru că analiza tranzacțională este bogată în instrucțiuni de comportament de tipul << cum se face>>, este relativ ușor pentru terapeuții tranzacționali să explice altora că ceea ce fac este eficient. Astfel, deprinderea practicanților începători cu noțiunile practice ale artei lor se face relativ ușor”. (“Eric Berne”, Ian Stewart).*

Pentru a înțelege analiza tranzacțională, sunt necesare câteva noțiuni de bază și anume:

- *Analiza Structurală* = mijlocul de a diagnostica și cataloga structura de bază a individului;
- *Analiza intertranzacțională* = mijlocul prin care putem sistematiza procesele comunicative interindividuale;
- *Analiza de joc* = prin care putem analiza și sistematiza anumite tipuri de structuri psihice de bază (patologice), care se repetă permanent la individul bolnav;
- *Analiza scriptică* = găsirea planului vieții specific de la care tranzația pornește ca manifestare actualizată a problemei de bază.

Analiza tranzacțională a lui Berne este marcată atât de pragmatism, cât și de modul, destul de simplu, practic, de aplicare. De aceea, a fost ușor acceptată în Statele Unite și Europa, ea neavând un substrat teoretic atât de profund și de minuțios ca celelate forme de psihanaliză.

Părți din analiza tranzacțională au fost integrate și în alte forme de psihoterapie umaniste și comportamentale, ea fiind o formă mai rapidă pentru soluționarea problemelor intra și interumane comune pentru o mare diversitate de cazuri.

### 3.5.4.2 Modelul structural al personalității

În principiu, sunt trei elemente de bază care se marchează cu ajutorul a trei cercuri:

**a) K (sinele copil)** = cuprinde toate emoțiile, tendințele, dorințele din fazele copilăriei și din fazele regresive; este necontrolat și tinde spre satisfacția imediată a dorințelor, indiferent cât de necontrolate, ilogice sau iraționale ar fi acestea.

**b) Er (sinele matur, sinele adult)** = reprezintă nivelul unde este efectuată prelucrarea cognitivă a impresiilor și informația din mediul social înconjurător și mediul intern (aici se vor regăsi ICH Kind - sinele copil și Eltern ICH - sinele parental), de la acest nivel pornește evoluția în terapie.

**c) Eltern ICH (sinele parental și social)** = reprezintă nivelul dominat de către normele sociale, familiale, ce pot fi nejustificate sau/și neraționalizate (prejudiciile pot face parte din acest nivel), aici copiindu-se modul de acțiune și reacție al părinților și al societății, fără a pune în această instanță întrebări de tipul: bine sau rău, corect sau incorect, benefic sau dăunător.

*„Berne a adoptat observația lui Federn care afirma că o persoană poate experimenta, fie o stare a ego-ului actual, fie una învățată în copilărie. Dar, Berne a adus două amendamente majore la modelul lui Federn: (1) el a susținut că fiecare categorie de stări ale ego-ului se manifestă într-un set distinct de comportamente, dar erau experimentate și în interior; (2) el a sugerat că există o a treia categorie distinctă de stări ale ego-lui, în plus față de cele două modele ale lui Federn.. Așa cum Federn a identificat o personalitate curentă și arhaică, Berne a observat că experiențele și comportamentele persoanei au fost copiate de la altcineva. Acest „altcineva“ era, cel mai adesea, un părinte, sau cineva cu rol de părinte.“ (,Eric Berne“, Ian Stewart).*



## **Trebuințele primare înnăscute**

Cele trei *trebuințe* primare înnăscute sunt următoarele: “foamea de atenție”, “foamea de stimulare” , “foamea de structurare a timpului sau în timp”.

*Emoțiile* primare înnăscute sunt: iubirea (în sens de partener și, mai larg, ca familie, patrie etc.), bucuria, tristețea, frica, ura sau agresivitatea. Aceste trebuințe emoționale se pot satisface sau împlânzi prin atenție fizică nonverbală (mângâiere) sau simbolică (mai târziu), spre exemplu prin laude sau “vorbe bune”.

### **3.5.4.3. Dezvoltarea spre viața adultă**

În primele 8 luni de viață (K1), copilul somatic se caracterizează prin nevoia de satisfacție imediată și nelimitată a trebuințelor și emoțiilor primare. Partea din sinele copil este dominantă și cuprinzătoare.

*“Veți fi observat că în modelul complet definit de Berne nu există “trei stări ale ego-ului”. În fapt, sunt trei categorii de personalitate. De exemplu, cuvântul <<Copil>>, în definiția completă a lui Berne, nu se referă doar la o singură stare a ego-ului. El denotă o întreagă categorie de stări. Toate tipurile de personalitate din această categorie au o trăsătură comună: sunt relicve arhaice din copilăria pacientului.” („Eric Berne“, Ian Stewart).*

În următoarele zece luni de viață (K2) domină curiozitatea și prelucrarea informațiilor și a impresiilor. În aceasta perioadă, copilul are primele experiențe în cadrul social.

Până la 36 de luni, copilul va copia modul de comportament și “structurile” existente în jur. În această fază,

copilul primește satisfacția la trebuințele primare datorate unui comportament adecvat (acțiunea și recompensa prin reacție).

La 3 ani, debutează perioada corespunzătoare sinelui parental. În stadiul 2 își marchează începutul sinele matur. În această fază, copilul acumulează niște reguli “învățate”, cognitive, în mod deosebit pe cele ale părinților, spre exemplu: “ordinea și curățenia sunt foarte importante în viață”. Această etapă durează cam până la vârsta de 6 ani, după care se dezvoltă treptat sinele adult, care durează până la 10-12 ani, moment în care datele asimilate de sinele copil și sinele parental sunt prelucrate, sortate, examinate și supuse unei judecăți de tipul “îmi face bine, sau îmi face rău?”.

“Calculatorul” intern analizează datele și încearcă să evalueze posibilitățile pentru o opțiune sau alta, întrebarea de bază fiind: care îmi sunt reacțiile și ce trebuie modificat, în raport cu starea mea internă, ca să primesc răspunsul și stimulul benefic.

*“Fiecare din aceste stări diferite ale ego-ului Copil sunt marcate de setul lui unic de sentimente și experiențe și exprimă un model distinct de comportament... Fiecare reprezintă experiența și expresia unui stadiu de dezvoltare diferit.” („Eric Berne“, Ian Stewart).*

Descrierea de mai sus face parte din evoluția “normală și sănătoasă”, în cursul căreia cele trei forme ale EU-lui sunt bine delimitate una față de cealaltă, dar și interacționează între ele. Ne putem imagina că formele de Eu sunt înconjurate de o membrană care le separă, dar care, totodată, permite trecerea fluxului de informație, interacționând între ele.

Tulburările apar atunci când formele și limitele Eu-lui nu mai pot fi sesizate de către individ (membrane absolute deschise), prin urmare emoționalitatea și comportamentul acestuia nu mai sunt coerente și concludente. Sau, în cazul în care demarcația este

atât de strictă (membrane absolute impermeabile), nu mai este posibil schimbul de informații și influențarea comportamentului și sentimentului individului.

*“Modificările stărilor ego-ului depind de trei factori: forțele care acționează asupra fiecărei stări; permeabilitatea granițelor dintre stări și capacitatea de reținere a fiecărei personalități. Berne a observat că echilibrul dintre acești factori determină condiția clinică a clientului și, astfel, indică procedurile terapeutice”. (Theory and practice of counselling and therapy, Richard Nelson-Jones).*

După Berne, nevrozele apar când individul nu mai are acces liber asupra tuturor stărilor propriului Eu și, prin urmare, nu își mai pot utiliza întreaga gamă. Spre exemplu, un copil care nu poate să se folosească de sinele adult, va rămâne, atunci când va fi “mare”, cu un comportament foarte copilăresc și regresiv.

Celealt caz va fi atunci când un adult nu mai poate distinge între formele propriului Eu și va oscila permanent între ele, iar Berne susține că această stare este caracteristică psihozelor de tip schizofrenic.

În analiza tranzațională a lui Berne, în funcție de formele sinelui, putem distinge tipurile de comunicare interumană.

*“Berne a observat că doi sau mai mulți oameni care se află împreună într-o cameră, dezvoltă șase tipuri de comportament social: retragerea, ritualurile (semne stilizate de recunoaștere mutuală dictate de obiceiurile tradiționale și sociale); activitățile (munca, acțiuni cu caracter social, care oferă un cadru cu variate moduri de recunoaștere și satisfacție); divertismentul (conversații pe un subiect care durează mai mult decât ritualurile, dar încă sunt programate social); jocurile (secvențe de tranzații bazate mai mult pe programarea individuală decât pe cea socială; intimitatea (“relație candidă, fără jocuri, în care*

*fiecare oferă și primește, fără manipulare”)*. (“*Theory and practice of counselling and therapy*”, Richard Nelson-Jones).

Pentru a înțelege aceasta putem folosi imaginea a doi indivizi care comunică, individul A și individul B. Primul individ, A, îl întreabă pe cel de al doilea, B, “unde este gara?”, B putând răspunde:

1. “la 500 de metri, drept înainte” acesta fiind o comunicare între Eu-l adult și alt Eu adult sau;
2. “deschide ochii și vei vedea”, aceasta fiind o comunicare între B (sinele parental) și A (sinele copil);
3. “și eu merg la gară, vino cu mine” acesta se poate interpreta ca un semnal cu sensul de “vreau să te cunosc” sau “vreau să te ajut” tot un element de sinele adult și sinele copil (te iau de mână și te duc la gară).

În primul caz, cele două Eu-ri adulte comunică în sens de flirt, în al doilea în sens “ești copil neajutorat și eu părintele, am să îți arăt drumul”. Acest act comunicativ este o tranzacție singulară, de obicei tranzacțiile sunt complexe și pe mai multe niveluri ale Eu-lui .

*“În analiza tranzacțională o unitate de recunoaștere este văzută ca unitatea fundamentală de interacțiune socială. Un schimb de unități constituie o tranzacție. Astfel, ritualurile, activitățile, divertismentul, jocurile și intimitatea implică tranzacții. În timpul tranzacțiilor, la un moment dat, fiecare persoană este probabil să aiba una dintre cele trei stări ale ego-uri predominant energizată sau reținută. Aceste tranzacții au loc între stările ego-ului și, la nivelul cel mai simplu, analiza tranzacțională implică diagnosticul personalității implicate în schimbul dintre stimul și răspuns”*. (“*Theory and practice of counselling and therapy*”, Richard Nelson-Jones).

În analiza tranzacțională, încercăm să găsim un cadru comun mai multor tranzații de comunicare, singulare, să stabilim sau să căutam defectul de comunicare, pentru a putea pune diagnosticul de bază. Încercăm să identificăm și “jocul” tipic sau schema după care se desfășoară comunicarea, pe care individul bolnav o va repeta în mai multe variante, atât deschise cât și mascate, dar sigur o va repeta într-un mod caracteristic.

Un asemenea “joc” se va derula, de exemplu, în cazul unui adult care, în copilărie, a primit atenția excesivă a mamei doar când a fost bolnav. Acest adult, în foamea lui de iubire și atenție, se va simți bolnav oricând va resimți lipsa acestei “iubiri a mamei”, care poate fi desigur și lipsa de atenție și iubire a soției lui, a colegilor sau a prietenilor.

O variantă mai tarzie a analizei tranzacționale sunt așa numitele “jocuri de scenă”, care se folosesc în grupuri, în care fiecare dintre actori are un rol caracteristic, ca de exemplu “agresorul”, “victima”, “salvatorul”. Observarea “actorilor”, a interrelației și interacțiunii dintre ei, îl va ajuta pe individul bolnav să autorefecteze asupra comportamentului și emoțiilor lui, în anumite situații și prin acesta să le corecteze sau să reflecteze asupra lor.

#### **3.5.4.4 Intervenția terapeutică în analiza tranzacțională**

Ținta analizei tranzacționale este eliberarea de “jocul” sau rolul caracteristic, fixat pe una dintre formele Eu-lui, prin descoperirea și demascarea acestui “rol” care se repetă permanent, individul învățând, prin înțelegere și autocontrol, să își aleagă altă formă, mai adecvată, de Eu-l propriu, să reacționeze altfel, adult și matur. Prin modificarea comportamentului se vor modifica și emoțiile trăite în aceste situații.

În analiza tranzațională clasică, scopul principal este întărirea și susținerea Eu-lui adult și părăsirea Eu-lui copil sau Eu-lui părinte, în acest mod individul învățând să acționeze și reacționeze adecvat și matur la orice situație, din viața lui familială sau socială.

*“Analiza tranzațională caută să-și ajute clienții în obținerea stării de << Eu sunt OK, Tu ești OK>>. Pentru clienții care au fost transformați de experiențele vieții din prinți și prințese în broaște, Berne a văzut patru posibile scopuri de tratament: (1) controlul social (chiar dacă se simt în primejdie, clienți își pot controla simptomele în interacțiunea cu ceilalți); (2) eliberare simptomatică (simțindu-se mai bine, sau progresând, înseamnă că pacienții, spune Berne, vor fi niște broaște care se simt mai confortabil); (3) cura de transfer (clienții pot sta în afara propriului scenariu, atât timp cât terapeutul se află în apropiere, fie mental, fie fizic); (4) autonomia (clienții scapă de pielea de broască și își reiau starea întreruptă de prinț sau prințesă). Adultul din client preia rolul terapeutului pe măsură ce ultimul devine autonom).” (“Theory and practice of counselling and therapy”, Richard Nelson-Jones).*

Una dintre variantele analizei tranzaționale încearcă să scape Eu-l adult de “mesajele ascunse” ale Eu-lui parental care domină viața pacientului, de exemplu “nu ai voie să faci asta sau alta”, “trebuie să mănânci tot” și așa mai departe. Un alt exemplu, cineva care este extrem de gras și nu se poate abține să mănânce, sub nici o formă, a primit și a inscripționat foarte adânc mesajul ascuns “dacă mănânci tot și mult, vei fi iubit de mama”, acest individ, în orice situație în care se simte singur și părăsit, va mânca excesiv (bulimic).

O altă variantă terapeutică încearcă să descopere sistemul de bază, “dorințele ascunse” ale individului și motivul pentru care face ceea ce face iar pe urmă să modifice sistemul de satisfacție al emoțiilor, în sensul că “dacă nu ai primit iubirea mancând, ia să

vedem ce poți face să te respecte, să te iubească și să te accepte ceilalți, fără să fi nevoit să mănânci”.

Mai sunt descrise și folosite multe variante ale acestei forme de psihoterapie, toate având la bază modelul structural al celor trei forme ale Eu-lui și încercarea de stabilizare și apropiere la modul lor ideal de funcționare în timpul interacțiunii dintre ele.

*“Analiza tranzacțională ia și forma unei abordări contractuale a terapiei. ... Obiectul contractului trebuie să se centreze pe acțiuni și rezultate. Rezultatele includ schimbarea psihologică și eliberarea de simptomele psihologice ... iar acțiunile implică schimbări de comportament... În timpul terapiei, terapeuții tranzacționali observă întotdeauna simptomele de bază și răspunsurile... Forma analizei tranzacționale poate fi asemănătoare unei atmosfere casnice, familiare, sau de birou. Pentru că indicii oferiți de limbajul trupului sunt importanți în desfășurarea analizei, în cabinetele celor mai mulți terapeuți nu există mese sau scaune, care să împiedice vederea celuiilalt.... În sesiunile inițiale, sau în timpul sesiunilor, terapeuții lucrează în diverse moduri. Folosesc un limbaj simplu și comun. În timpul terapiei nu se bârfește. Se agreează regulile de bază din contractul terapeutic, precum nefolosirea violenței sau a amenințărilor violente, a alcoolului sau medicamentelor care alterează funcțiile creierului.” (“Theory and practice of counselling and therapy”, Richard Nelson-Jones).*

Analiza tranzacțională este foarte răspândită, este predată în multe țări din lume, fiind caracterizată prin simplitate, precizie și logică a bazelor teoretice și prin aplicarea mai simplă și scurtă în colaborarea cu bolnavul. Analiza tranzacțională are rezultate bune în multe cazuri de nevroze ușoare și bine delimitate.

### **3.5.5 Recapitulare**

#### **1. Vegetoterapia**

- Fondator: Wilhelm Reich (1897-1957)

- Extrem de controversată între știința analitică, precursora a terapiei bioenergetice „Bioenergetik“ a lui Alexander Lowen.
- Reich pune accentul și mai mult pe funcția sexualității și a energiei sexuale („*Die Funktion des Orgasmus*“).
- În timp ce, în anii 20, psihanaliza se dezvoltă spre psihologia Eului, care evidențiază/accentuează structurile psihice, Reich se îndreaptă spre origine și subliniază energiile psihice (mai târziu Reich dezvoltă conceptul de *orgonenergia*, care este baza bioenergiei).
- 1933 se rupe legătura între Reich și Freud, motivul fiind divergența conceptuală.
- Pentru Reich, sănătatea mentală depinde de potența orgastică. E importantă posibilitatea și abilitatea de a se „preda“, fără limite și necondiționat fluxului energetic biologic, care se descarcă în spasme musculare neconștientizate. Această descărcare trebuie să fie fără limite, sentimente de inhibiție sau blocare, pentru a fi completă și sănătoasă. Noțiunea are puțin în comun cu capacitatea de împlinire orgastică sexuală (biologica), ci, mai degrabă, cu capacitatea de a iubi necondiționat.
- Reich reactualizează noțiunile introduse de Freud cu ani în urmă cu privire la nevroza actuală și psihonevroză și vorbește despre nevroza supraîncărcării. Această nevroză este caracterizată de supraîncărcare cu energia libidoului, fără posibilitatea de descărcare.
- În acest concept, inhibiția sufletească are un rol principal. Dacă energiile sunt greșit direcționate sau nu au posibilitatea de se descărca, se produce o inhibare nevrotică, care se va amplifica în viitor.
- Pentru Reich, toate procesele somatice și psihice sunt legate energetic și fac parte dintr-un comun.
- Analog mecanismelor de apărare psihică, Reich descrie „caracterul rigid armat“, care are funcția de apărare împotriva



emoțiilor și, în care, o parte din energia libidoului, este suprimată și stocată. Apărarea psihică, o demonstrează Reich, se face prin contracții musculare și stări de tensionare musculară maximă folosind noțiunea de corp rigid armat.

- Caracterul (psihicul) rigid armat conține biografia înghețată a individului. Reich pleacă de la ideea fixării stărilor vegetative, care influențează starea psihică individuală.

### **Tipuri de caractere**

- *Caracter falic* - mama masculină stimulează copilul de sex masculin spre negarea sentimentelor de iubire și libidoului față de ea; acest caracter va disprețui femeile și va tinde să le domine.

- *Caracterul pasiv feminin* - părinți autoritari și rigizi în timpul fazei anale, va duce la un caracter supus, care nu se poate impune și dezvolta autonom.

- *Caracterul masculin agresiv* - tatăl autoritar și intolerant, care respinge feminitatea fiicei; această femeie se va identifica cu duritatea și rigiditatea tatălui și va acționa corespunzător în viața ei.

- *Caracterul isteric* - are la bază o mamă moral autoritară, care suprimă și „interzice“ în mod inconștient iubirea și admirația față de tată. Prin urmare, fiica dezvoltă o teamă erogenă genitală față de bărbați și va căuta permanent în viață un barbat simbolizând „tatăl interzis“, dar nu poate să se implice în această relație din cauza fricii de a fi respinsă și dezamăgită. Fiica va oscila permanent între un comportament provocator cochet, oferindu-se ca obiect, și retragerea sau fuga de relația cu caracter emoțio-erogen, de apropiere, față de orice barbat.

- *Caracterul obsesiv* - educația spre igiena excesivă, este suprimată activitatea genitală; un caracter agresiv cu înclinație sadică sau/și agresivă, aceste fantezii sunt ținute sub control, dar duc la un sentiment de autoanihilare și autopedepsire.

- *Caracterul masochist* - foarte greu accesibil terapiei, pentru că exista o dorință permanentă de a suferi;

## 2. Bioenergetica

- Fondator: Alexander Lowen
- Dezvoltă, în continuare, conceptul de „Vegetoterapie“, conceptul terapeutic al lui Lowen devine mai cunoscut decât Vegetoterapia lui Reich.
- Lowen preia de la Reich „caracterul“, ca și concept central și îl dezvoltă, adăugând caracterul schizoid și structura orală a caracterului (rezultatul conflictelor și frustrărilor în fazele foarte primare ale evoluției).

### Structuri de caracter bioenergetice

- Apărarea, ca strategie de supraviețuire, este văzută în Bioenergetică, ca apărarea unui organism întreg (sistem psiho-somatic și somato- psihic, văzut ca un întreg), de această reușită a apărării depinzând corpul și sufletul.
- Lowen înțelege structurile de caracter ca obiceiuri, obișnuințe și rutine cognitive, preluate în totalitate și profund, de caracter. Obiceiurile sunt, în cea mai mare parte, inconștiente, și se repetă, ca semireflexe, zilnic. Aceste obiceiuri (reflexe) caracterizează atitudinea față de propria persoană, mediu, obiecte, și față de întrebările care alcătuiesc sensul vieții, aceasta din punct de vedere corporal și psihic.
- Structurile de bază sunt legate de conflictele de bază:
  - *Caracterul Schizoid*: existență versus dorința sau trebuința de apropiere. „*Dacă îmi exprim nevoia de apropiere umană, îmi pun în pericol existența mea ca individ*“
  - *Caracterul Oral*: nevoia de apropiere versus nevoia de libertate. „*Dacă vreau să fiu liber și independent, trebuie să renunț la susținerea și apropierea sufletească*“

- *Caracterul psihopat*: libertatea (controlul) versus apropierea și ocrotirea. „*Poți să-mi fi (sau îți permit să-mi fi) aproape în loc de simț nevoia să-ti fiu aproape*“
- *Caracterul masochist*: apropierea și ocrotirea versus libertatea. „*Dacă sunt liber, nu o să mă mai iubești*“
- *Caracterul rigid (înghețat)*: libertatea versus capitularea în fața iubirii. „*Pot să fiu liber dacă nu îmi pierd capul (mintea) și nu mă predau în față iubirii*“

## **Terapia**

- Împământarea (restabilirea sau formarea de rădăcini, a contactului cu propria persoană și mediul).
- Terapia prin munca cu corpul, ex.: echilibrul și contactul tălpii sau a corpului cu pământul, terapia în picioare și nu pe canapea.
- Exerciții personalizate, individualizate prin masaj, atingere terapeutică de diferite feluri (de la mângâiere până la presiune mare, cu scopul eliberării tensiunii musculaturii de contractii și spasme, readucerea în echilibru a vibrațiilor corporale și mentale).

## **3. Analiza tranzacțională**

- Fondator Eric Berne (1910-1970).
- Baza în psihanaliză și psihologia individuală.
- Integrează metode din educația socio-psihologică, idei umaniste și sociale
- Noțiuni centrale: *Analiza structurală, Analiza tranzacțională, Analiza jocului, Analiza scriptului.*
- Conceptul trebuie să fie ușor de înțeles și ușor de aplicat – scopurile principale sunt: autodeterminarea, autodezvoltarea și evoluția personalității spre pozitiv.
- Personalitatea este împărțită în trei Eu-uri:
  - sinele parental și social – corespunde cu ÜBER-ICH

- sinele matur, sinele adult (Er) – corespunde cu ICH
- sinele copil“ (K) – corespunde cu ES
- La o persoană „sănătoasă“, aceste trei stări sunt bine integrate, interacționează una cu alta, nu sunt în situație de conflict.
- Prin tulburarea interrelației dintre aceste stări, se ajunge la conflicte sau ocupări, adică o stare ocupă prea mult loc sau devine dominantă determinând dezvoltarea nevrotică și marginalizarea unei stări. O stare care este negată sau marginalizată se disociază de celelalte și nu mai interacționează, ceea ce duce la dezvoltarea tulburărilor psihice.

### **Model comunicativ tranzacțional**

- Tranzacțiile sunt mesaje transmise de la o stare de Eu a unui individ la o stare de Eu a altui individ.
- În această „comunicare“ există trei modele: (1) Tranzacție Paralelă, (2) Tranzacție Încrucișată și (3) Tranzacție Ascunsă.

### **Jocurile în grup**

- *Analiza jocului* - prin aceasta se analizează punerea în scenă a unui scenariu inconștient. Aceste scene sunt analizate și interpretate.
- Fiecare client trebuie să aibă un câștig emoțional în urma jocului de scenă (înscenarea stării de neajutorat, de exemplu). Pentru analiză jocurile în grup s-au dovedit a fi foarte utile prin preluarea diferitelor roluri în timpul terapiei.
- *Analiza scenariilor* – fiecare jucător are un plan al vieții pe care îl exprimă prin joc; se analizează și acest plan al vieții. Exemplu de scenariu: emoțiile cele mai dorite. Ținta este dezvoltarea principiului „Eu sunt O.K. – Tu ești O.K.“

### **Psihoterapia**

- Ținta principală este eliberarea de scenariul vieții prin modificarea percepției emoționale a trăirilor și alegerea unei noi orientări, a unui model rudimentar alternativ sau diferit.
- Unelte pentru stabilizarea celor trei stări și a limitelor Eului prin întrebări provocatoare și umoristice. Clarificarea poziției clientului, modelele explicative, ilustrarea, interpretarea, provocarea etc.
- Imperativul terapeutic este foarte important. Ex.: „*TU ești în stare să rezolvi problema în mod optim!*“, sau: „*Fii doar TU și nimeni altul!*“
- Evoluție pozitivă - dacă sunt îndeplinite, conform lui Berne, condițiile celor 3 P: *permisiune, putere, protecție*.

#### **IV. PSIHOTERAPIA UMANISTĂ - PRINCIPALELE CURENTE ȘI SCOLI**

##### **Istoric**

Spre deosebire de terapiile “clasice”, psihoterapia umanistă s-a remarcat de la început prin diversitatea abordărilor, cu o bază vag comună, în vreme ce, celelalte terapii au avut o sorginte comună, care a creat o oarecare omogenitate în rândul lor.

Nota comună a abordărilor diverse din psihoterapia umanistă o reprezintă viziunea holistică asupra individului, ca rezultat al unei multitudini de interacțiuni și interdependențe, între factori externi și interni. Însă, diversitatea curentelor psihologice și psihoterapiilor umaniste, provine din faptul că, acestea s-au dezvoltat aproape independent una de cealaltă, nu s-au născut din același izvor, spre deosebire de terapiile analitice.

*“Principalele surse de inspirație pentru mișcarea umanistă au fost tradițiile fenomenologice și existențialiste, iar influențele lor asupra psihologiei umaniste sunt complet distincte. Fenomenologia a început cu știința fenomenelor a lui Husserl. În principal, fenomenologia poate fi definită ca explorarea completă și sistematică a conștiinței umane.. Explorarea conștiinței se referă, atât la actele și conținutul conștiinței, cât și la obiectele și semnificația ei.” (“The Quest for the Inner Man: transpersonal psychotherapy and integral Sadhana”, Joseph Vrinte).*

Personalități precum Charlotte Bühler, Abraham Maslow și Carl Rogers și-au dezvoltat teoriile independente și fără a avea o legatura comunicativă strânsă între ei. Abia în 1962, Carl Rogers a pus bazele Societății Terapiilor Umaniste, deși acest curent exista încă de la începutul anilor ‘50.

Adepții psihologiei și psihoterapiei umaniste nu au negat existența modelelor psihanalitice și a modelelor bazate pe stimul-reacție (comportamentalist), dar au căutat o altă bază teoretică și anume, faptul că omul, ca un individ capabil să reflecteze, trebuie să-și definească existența, găsindu-și un sens în viață.

*“Psihologia orientată spre creștere sau cea umanistă, în interpretarea sa holistică a omului, se concentrează pe conștiința personală și a altora, mai curând decât pe procesele inconștiente sau aspectele biologice ale comportamentului uman; ea critică psihanalistii că au neglijat impulsurile care își au originea în nevoile intrinsece de creștere și de realizare a potențialului pozitiv ereditar.” (“The Quest for the Inner Man: transpersonal psychotherapy and integral Sadhana”, Joseph Vrinte).*

Ipoteza psihoterapiei umaniste este că omul, pentru a găsi și menține un sens al vieții, trebuie să aibă o memorie consistentă asupra trecutului și un plan al viitorului, doar acestea oferindu-i posibilitatea de a trăi mulțumit și sănătos în prezent. Aceste capacități există, în mod natural, fiind biologice, dar pentru a le menține și reflecta asupra lor, individul trebuie să mențină o legătură stransă și armonioasă cu exteriorul, cu cei din aceeași specie.

*“Psihologia umanistă intenționează să facă din studiul asupra omului, naturii și problemelor sale existențiale, un centru de interes în psihologie, prezentând un model uman teoretic ca o ființă pozitivă și cu un anumit scop... Omul este văzut ca o ființă creativă, controlată mai curând de propriile valori și alegeri, decât de forțe externe și inconștiente”. (“The Quest for the Inner Man: transpersonal psychotherapy and integral Sadhana”, Joseph Vrinte).*

## **Repere din baza teoretică a terapiilor umaniste**

După perioada postnatală și a copilăriei, în drumul spre autonomie și independență, spre desprinderea de controlul extern, în ființa umană se definește, din ce în ce mai mult, un sentiment

de sine activ, care, evoluând, tinde spre a prelua controlul asupra proceselor de dezvoltare și decizionale din viață.

Doar un individ care poate purta răspunderea pentru el însuși, va putea purta răspunderea și pentru comunitatea socială și acel individ care a experimentat puterea sau posibilitatea de a-și schimba propria viață, va putea schimba societatea. Altfel spus, din experiența de a ma auto-transforma se naște experiența de a-i transforma pe alți.

Chiar dacă trebuințele primare, instinctuale și mentale, sunt satisfăcute, omul rămâne o ființă care caută să evolueze. Sinele este în permanentă comunicare cu mediul și, astfel, se dezvoltă singur. Numai prin depășirea trebuințelor primare, reușește sinele să ajute la dezvoltarea mediului în care stă.

Pe lângă trebuințele materiale și instinctuale, orice individ este în căutarea valorilor umaniste, precum libertatea, dreptatea, respectul. Le caută atât pentru sine, cât și pentru ceilalți, evoluând spre trebuințe comune, nobile.

*“În abordarea terapeutică, specialiștii se concentrează pe ființă, expresie sau sentimente și pe experiența subiectivă (accentuând însușirile umane în relație cu procesul de autodescoperire), mai curând decât pe procesele de cunoaștere și reflecție a gândurilor” (“The Quest for the Inner Man: transpersonal psychotherapy and integral Sadhana”, Joseph Vrinte).*

Pentru a înțelege de ce omul, în afara trebuințelor sale de supraviețuire, continuă să caute nivele mai înalte de evoluare și satisfacție spirituală, Maslow - care este unul dintre fondatorii teoriilor umaniste - a divizat ierarhia trebuințelor pe cinci nivele. El susține că, ajungând la un anumit nivel, toate nivelele inferioare devin neimportante.

Pe prima treaptă se situează trebuințele bio-fiziologice, precum foamea, setea, satisfacția sexuală; urmează nivelul



trebuinței de securitate și siguranță în viață; pe locul al treilea se află nivelul nevoii de interacțiune socială (iubire și apartenență la o anumită comunitate socială); la al patrulea nivel găsim trebuința de a fi respectat și feedback-ul social al comunității în care omul trăiește. Doar când toate aceste patru nivele sunt parcurse și satisfăcute, omul simte nevoia de a evolua, de a avea libertatea să cunoască mai mult, de a fi creativ și uman, adică să “urce” sau să trăiască în nivelul al cincilea.

Este, cu siguranță, de înțeles că această satisfacere a trebuințelor umane ale omului bolnav, de exemplu, la persoanele nevrotice - la care trebuințele unei treapte inferioare, cum ar fi cele de siguranță sau satisfacție sexuală, nu sunt împlinite - vor apare probleme grave sau incapacitatea de a ajunge la treptele superioare, mai simplu exprimat dacă îți este foame nu te gândești la artă sau la libertate, dacă nu ai satisfacție sexuală te gândești doar cum să o obții și nu la lecturarea unui roman istoric.

În acest sistem nevoile inferioare neîmplinite nu permit accesarea la următoarele nivele, poate de aceea popoare și națiuni întregi au fost ținute înfometate vreme de zeci de ani pentru a nu se gândi la libertate, chiar dacă a existat posibilitatea de a le oferi hrană.

## **Terapia prin psihodramă a lui Moreno**

O influență importantă asupra curentului terapeutic umanist a avut-o medicul și filosoful Moreno (Iacov Levy Moreno 1889-1974).

Moreno s-a născut în România, la București. A emigrat încă din adolescență, cu părinții, la Viena, unde a studiat medicina și filosofia, s-a specializat în psihiatrie și a devenit profesor de psihiatrie la o clinică universitară din Viena.

Este un fapt interesant că Moreno nu a fost influențat de scoala lui Freud și nici de persoana lui Freud. În schimb, el a influențat în mod direct și semnificativ pe mulți elevi ai lui Freud. Moreno a respins settingul terapeutic postulat de Freud și anume, pacientul culcat pe canapea, iar terapeutul la capul său, în fotoliu, fără contact vizual direct cu acesta, acesta căutând un alt setting mai deschis, creativ și direct.

*“Întâlnirea cu Freud a pregătit scena pentru atitudinea de mai târziu față de psihanalisti. Probabil că a suferit destul de mult la vremea lui din cauza faptului că nu a avut loc să-și dezvolte propriile idei și probabil că era invidios pe Freud, așa cum Iacov din Biblie era invidios pe fratele lui geamăn mai mare. Viziunea lui despre psihoterapie era atât de diferită de a lui Freud, încât îi era greu să discute despre psihanaliză din punctul de vedere al lui Freud. Moreno era interesat mai mult de procesele conștiente, de aici și acum, de creativitatea persoanei, decât de procesul inconștient, de trecut și de rezistență a <<pacientului>>”. (“Jacob Levy Moreno, 1889-1974”, Rene Marineau).*

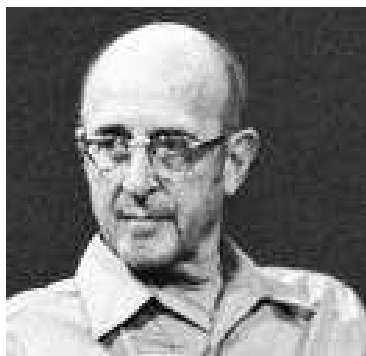
Moreno a dezvoltat o formă de terapie creativă în grupuri de pacienți, în cadrul căreia, la fel ca la teatru, „scenele” din relația emoțională a pacienților erau „jucate” și „trăite”. Moreno a numit această formă de terapie Psihodramă și a susținut că nucleul psihologiei umaniste este interrelația umană a individului cu alt individ sau indivizi.

Un alt principiu important, care se regăsește în psihodramă, este elementul de „here and now” (aici și acum), care formează și baza terapiei centrată pe persoană a lui C. Rogers (trecutul e trecut, viitorul e o fantazie, doar ceea ce este acum și aici este baza existenței, fundamentul schimbării și șansa evoluției).

*“Moreno a recunoscut că, în societatea modernă, idealul unei vieți, în întregime spontană și creativă, este greu de atins și a dezvoltat tehnici de teatru Improptu, și în cele din urmă, metoda psihodramei. După 1931, s-au dezvoltat ambele tehnici, psihodrama și sociometria, în contextul general al psihoterapiei”. (“Jacob Levy Moreno, 1889-1974”, Rene Marineau)*

Multe dintre curentele și scolile psihoterapeutice umaniste au preluat principiile sau elementele din această formă de terapie prin mișcare, expresie verbală și nonverbală și reflexia pacientului din psihodramă. În mod deosebit au introdus în conceptul lor terapeutic elemente ale psihodramei lui Moreno, Fritz Perls (Gestalt Terapia) și Kurt Lewin (o descriere mai amănunțită a psihodramei lui Moreno o găsiți la capitolul 4.5).

#### **4.1. Terapia centrată pe persoană - Carl Rogers**



Această terapie a fost dezvoltată de Carl Rogers, începând cu anii '30, iar în anii '80 încă mai lucra la dezvoltarea ei. A murit în 1987, la vârsta de 85 de ani.

*“Carl Rogers a fost inițiatorul unei abordări de consiliere și terapie care dorea să ajute*

##### **Carl Rogers**

*clienții să-și atingă potențialul unic și să devină conștienți de sine. În plus, Rogers încerca să emancipeze oamenii de influența exagerată pe care părinții o aveau, deseori, asupra gândurilor, sentimentelor și acțiunilor progeniturilor lor. În prima parte a secolului XIX, în*

*timpul copilăriei lui Rogers, părinții exercitau o mult mai mare putere decât cei de acum”. (Theory and practice of counselling and therapy, Richard Nelson-Jones)*

A fost numită de creatorul său, la început, „non directive therapy“ (terapie non-directivă), după 1952 „client centred therapy“ (terapia centrată pe client), și din 1961 „person centered therapy“ (terapia centrată pe persoană).

#### **4.1.1 Definiția de „persoană“ în conceptul terapeutic a lui Rogers**

*“În anii '40, Rogers a luptat ca psihologilor, în contrast cu psihiatrii, să li se permită practicarea psihoterapiei și încredințarea unor responsabilități administrative asupra “sănătății mentale”. A evidențiat permanent aspectele practice și filozofice implicate de psihologia umanistă sau centrată pe persoană, prin comparație cu viziunea comportamentală asupra ființelor umane”. (Theory and practice of counselling and therapy, Richard Nelson-Jones).*

Rogers a fost influențat de filosofi precum Buber, pe de-o parte, pentru care ceea ce definește „persoana“, ca centru existențialist, este interacțiunea cu ceilalți, și de Kierkegaard, pe de altă parte, care spune că o persoană este alcătuită din ceea ce acceptă că este și din interelația sinceră cu sine.

Aceste două definiții (prima orientată spre exterior, iar a doua spre interior), sunt doar aparent contradictorii. În noțiunea de „persoană“ a lui Carl Rogers, cele două principii filosofice se unesc. Mai simplu, acest lucru înseamnă „poți fi tu însuși, doar dacă te accepți așa cum ești și, doar dacă, interacționezi cu ceilalți așa cum ești“.

Un alt merit important al lui Rogers a fost modul empiric și științific prin care a încercat să își sistematizeze munca și să stabilească o bază structurată formei de terapie dezvoltată de el. El a fost printre primii care și-a înregistrat pe bandă ședințele, unul dintre primii care a introdus supervizarea cazurilor, a încercat să „dovedească efectele pozitive ale terapiei centrată pe persoană prin mijloace statistico-matematice și, cu siguranță, este primul care a căutat și găsit definiția clară, regulile și principiile în interacțiunea terapeut-client. A încercat să măsoare cu exactitate ceea ce se întâmplă între client și terapeut în timpul ședinței și a elaborat chiar o „rețetă“ bazată pe statistica ei - validarea exactă pentru școlarizarea terapeuților în viitor.

Echipa lui Carl Rogers, din care au făcut parte unii dintre cei mai talentați și dedicați psihologi din Statele Unite, a elaborat, sub îndrumarea sa, 100 de puncte (principii sau declarații) care permit evaluarea unei persoane din punct de vedere psihologic.

În vederea terapiei, clientul trebuia să alocă fiecărui enunț, un calificativ de la 1 la 10. De exemplu „merit să fiu iubit și respectat“, „sunt un om care lucrează cinstit și din greu“, „sunt mulțumit cu evoluția mea ca om până acum“, „nu doresc schimbări majore în viața mea“ etc. Aceste evaluări se făceau înainte, pe parcurs și după încheierea terapiei, dar și la interval de luni sau ani, după finalizarea terapiei. Prin această metodologie, Rogers și echipa lui au putut să demonstreze, foarte exact, eficiența și durata evoluției pozitive a psihoterapiei practicate de ei, ceea ce psihanaliza și terapia psihodinamică nu au reușit nici până în acest moment.

Rogers, un om de o vastă cultură, a încercat să includă idei din numeroase curente ale teologiei, filosofiei, pedagogiei, medicinei și altele, în publicațiile sale.

*“ Teoreticienii existențialiști erau atașati conceptului, conform căruia indivizii trebuie să se confrunte și să accepte dilemele inevitabile ale vieții, pentru a ajunge la o autorealizare*

*autentică. Aceste teme au fost formulate de filozofi precum Kierkegaard, Husserl, Heidegger, Jaspers și Sartre, precum și de terapeuți existențialiști, precum Binswanger, Minkowski, Boss și Frankl. Americanii, cu precădere Rogers, Maslow, May și Yalom, s-au alăturat acestora, mai recent, în ceea ce este cunoscut ca psihologie umanistă. În ciuda diferențelor de terminologie și filozofie, variantele umaniste și existențiale ale scolii fenomenologice sunt foarte asemănătoare în abordarea terapiei”. (“Masters of the mind : exploring the story of mental illness from ancient times to the new millennium”, Theodore Millon, Seth Grossman, Sarah E. Meagher).*

Printre cele mai importante dintre acestea, putem enumera: teologia, pe care a studiat-o și care i-a ridicat întrebări existențiale legate de individul uman și Dumnezeu; filosofii Kierkegaard și Buber, psihologul German Kurt Goldstein, americanul Kurt Lewin - profesor de psihologie la Harvard.

O influență importantă asupra muncii științifice a lui C. Rogers au avut-o și teoriile elevului lui Freud, Otto Rank, care susțineau că, indiferent de împrejurări, omul este singurul care poartă răspunderea asupra propriei vieți și evoluții și, de aceea, doar pacientul este cel care are dreptul de a își exprima și realiza, în orice fază a terapiei, dorințele și trebuințele. Cu alte cuvinte centrul terapiei, în orice moment, este persoana clientului.

#### **4.1.2 Dezvoltarea terapiei centrată pe persoană a lui Rogers**

Rogers a început munca lui cu principiul “terapiei nedirecționate”, care are drept scop dezvoltarea unei terapii în care clientul se simte sigur și ocrotit, iar terapeutul este cât se poate de permisiv, nedirecționând expresiile și verbalizarea gândurilor clientului. Astfel, în timpul ședinței se creează o atmosferă de acceptare, „căldură sufletească“, fără dirijarea și

dominarea clientului, dezvoltând înțelegerea profundă și liberă a ideilor sau a gândurilor clientului.

*“Clienții, în cadrul terapiei centrată pe persoană sunt responsabili de propriile acțiuni și scopuri. Terapeuții nu le spun încotro ar trebui să se îndrepte sau cum să ajungă acolo. La începutul terapiei, nu există nici un proces de evaluare și setare a unui ținte. Mai curând, clienții pot veni cu unele țeluri și, apoi, în contextul unei relații terapeutice sigure, pot alege să dezvăluie alte scopuri viitoare și, pe măsură ce terapia progresează, obiectivele, încă diferite, pot fuziona”. (Theory and practice of counselling and therapy, Richard Nelson-Jones).*

Un alt principiu al terapiei este respingerea modelelor „medicale” de cauză și efect, de diagnosticare la începutul terapiei, de intervenție cu scop de vindecare; noțiunea de “pacient” este înlocuită prin noțiunea de “client”, tulbuarea psihică este înțeleasă ca deficit în dezvoltarea conștientizării și dezvoltării, și nu ca boală.

Terapia după C. Rogers, pleacă de la ideea că este clientul acela care poartă răspunderea pentru evoluția terapiei și cea proprie, personală. Terapeutul îi creează acestuia un mediu în care este și va fi capabil să-și descopere singur acele resurse de evoluție pozitivă, să dezvolte idei și emoții, să ia hotărâri, independent și neinfluențat, ieșind din rolul de obiect al tratamentului și preluând rolul de auto-terapeut pentru deficitul său.

În centrul terapiei se află auto-prelucrarea conștientă de către client a „lumii” sale emoționale. Rolul terapeutului este de a fi de ajutor în verbalizarea, perceperea, explorarea și reflecția asupra propriei persoane.

De-a lungul anilor, procesul terapeutic lui Rogers a fost îmbogățit treptat. Discipolii săi au dezvoltat concepte noi și au introdus noțiuni noi în terapia centrată pe persoană, precum

„experiencing“ și „focusing“, ceea ce înseamnă retrăirea sau reexperimentarea unei emoții și concentrarea sau centrarea pe problemă.

Modelele și principiile terapeutice perfecționate de discipolii lui Rogers de-a lungul anilor sunt:

a) Terapia nondirectivă (nedirecționată), prin care clientului i se oferă un ambient prielnic pentru “creșterea” sa. Aceasta presupune realizarea unui cadru în care se simte neinfluențat, liber de reguli și structuri impuse, are parte de căldură empatică și acceptarea terapeutului, fără a percepe influența acestuia.

În acest cadru terapeutic este respins modelul medical care se bazează pe simptome, diagnostic, boală, elaborarea conceptului terapeutic și terapie. Cuvintele “simptom, diagnostic și boală” sunt înlocuite cu noțiunile de “deficit emoțional al conștientului” și “deficit al creșterii emoționale”.

În centrul terapiei stă răspunderea proprie a clientului, terapeutul are rolul de a crea sfera și împrejurările prin care pacientul își descoperă și conștientizează propriile deficite. Ca urmare, el va explora modurile și mecanismele individuale de prelucrare și soluționare a problemelor personale.

b) Această evoluție va aduce cu sine, mai târziu, conceptul de verbalizare a emoțiilor, confruntarea clientului cu propriile emoții. Raționalizarea și explicarea deficitelor clientului pierde teren în favoarea verbalizării emoțiilor, care se nasc în urma acestor deficite.

c) În centrul terapiei stă, începând cu anii ‘60, relația emoțională între terapeut și client, relația clientului cu el însuși, ceea ce formează cadrul percepțional, forma percepțiilor emoționale, emoțiilor verbalizate, atitudinea față de această emoție, și reacțiile față de emoțiile trăite.

*“În prima parte a anilor ‘60, Rogers a publicat lucrarea “On Becoming a Person” și s-a mutat la Western Behavioral Science*



*Institute, unde a fondat Centrul de Studii al Persoanei. Concomitent cu practicarea a 15-20 ore de terapie pe săptămână, Rogers a rămas activ în afara psihoterapiei. A format grupuri de întâmpinare, a ajutat la dezvoltarea modelelor de terapie prin joc și și-a extins influența în alte arii, inclusiv în cea a abilităților parentale și arena civică și politică”. (“Masters of the mind : exploring the story of mental illness from ancient times to the new millennium”, Theodore Millon, Seth Grossman, Sarah E. Meagher).*

d) Evoluția continuă cu anii ‘70, ani în care elevii lui Rogers extind conceptul de “Experiencing and Focusing”, în care terapia se centrează (“focalizează”) pe problema emoțională, de bază, a pacientului, punând la îndoială conceptul că orice “deficit” al acestuia trebuie soluționat spre un “ideal”, spunând că prelucrarea și soluționarea sau concentrarea pe “problema” de bază, va duce la rezolvarea de la sine a acesteia. Clientului trebuie să i se ofere “spațiul liber” pentru a retrăi și se centra pe deficitul său “esențial” și pentru a-și regăsi propriul drumul.

e) Tot odată cu anii ‘70, “elevii” lui Rogers încep să includă în terapia centrată pe client elemente din modelele teoretice preluate din alte terapii, precum terapia centrată pe soluționarea conflictelor de bază ale clientului, având în vedere deficitele de comunicare intra și inter-personale.

f) Din anii ‘80 se va ajunge și mai departe, fiind incluse, în terapia centrată pe client, modele și elemente din aproape toate terapiile existente, de la psihanaliză, psihoterapia dinamică, terapia pur comportamentală până la terapia existențialo-filosofică.

*“Ideile lui Rogers au împărtășit multe din temele și elementele existențialiştilor europeni, cu precădere viziunea fenomenologică subiectivă asupra umanității. Atât Rogers, cât și existențialişti, credeau că percepția subiectivă a sinelui și a*

*realității este centrală în sănătatea mentală a individului. Rogers a fost un optimist peren. Spre deosebire de colegii lui psihanaliști, a simțit că terapia trebuie să atingă chestiuni ale prezentului și nu ale trecutului”. (“Masters of the mind : exploring the story of mental illness from ancient times to the new millennium”, Theodore Millon, Seth Grossman, Sarah E. Meagher).*

Tezele centrale cele mai importante ale teoriei personalității lui Rogers, au următoarele “principii”:

- orice individ există ca element central propriu într-o lume a trăirilor sale emoționale, care este dinamică;
- individul reacționează la și interacționează cu “câmpul emoțional” înconjurător, acesta este perceput de individ ca “realitatea” lui proprie;
- organismul reacționează la modificările câmpului emoțional ca un întreg și nu doar cu unele părți;
- organismul are totdeauna tendința de a se adapta și modifica la reacții pe baza experiențelor avute în interacțiunea cu mediul înconjurător;
- reacțiile comportamentale sunt întodeauna o încercare de satisfacere a trebuințelor și de compensare a deficitelor. Reacțiile comportamentale sunt întotdeauna însoțite de trăiri emoționale, emoțiile sunt o parte din procesul de căutare a soluțiilor, atunci când au loc modificări în anturajul său, au rol în păstrarea sănătății și integrității individului în sfera interrelațională.

Cel mai important și totodată pozitiv punct de plecare în înțelegerea sistemului intern al individului este clientul însuși. Din percepția emoțională a sferei cu care interacționează și a reacțiilor emoționale, va lua naștere, cu timpul, “sinele”. Rezultatul interacțiunii cu mediul înconjurător, și în mod special relaționarea cu alți indivizi, va dezvolta structura “sinelui”.

*“ Schimbarea terapeutică depinde de percepțiile clientului legate atât de propria experiență în terapie, cât și de atitudinea de bază a terapeutului. Dacă aceasta din urmă creează un climat care să îndemne la autoexplorare, clienții au oportunitatea să parcurgă gama completă a propriilor experiențe, care include sentimente, credințe, comportamente, viziunea asupra lumii.” (“Theory and practice of counseling and psychotherapy”, Gerald Corey).*

Acestă structură trebuie înțeleasă atât de client, cât și de terapeut. Valorile și normele fac parte din structura sinelui, ele sunt valori care au fost “încorporate” sau “experimentate” de către individ sau au fost “introduse”, uneori chiar “impuse” de alți indivizi în structura sinelui individual.

Experiențele percepute de-a lungul vieții pot fi preluate, integrate și organizate în structura individului sau respinse și ignorate pentru că îi contrazic structura de bază. Acestea pot fi, însă, integrate într-o formă modificată sau “deviată”, pentru că nu corespund structurii sale de bază, din forma ei inițială. Organismul preia modele de comportament, care corespund structurii de bază a conceptului organizatoric al individului.

Comportamentul și reacțiile pot fi, uneori, contradictorii structurii organizatorice a organismului, dar, în aceste cazuri, acest comportament este imitat sau determinat de trebuințe vitale organice și nu face parte din structura personală.

*“Pe măsură ce consilierea progresează, clienții sunt capabili să exploreze o gamă mai largă de credințe și sentimente. Își pot exprima fricile, anxietatea, vina, rușinea, ura, furia și alte emoții care erau considerate prea negative pentru a fi acceptate și încorporate în structura sinelui. Prin terapie, oamenii distorsionează mai puțin și se mută într-o zonă de acceptare mai largă și de integrare a sentimentelor conflictuale și confuze”. (“Theory and practice of counseling and psychotherapy”, Gerald Corey).*

Inadaptarea psihică apare, în cazul în care organismul neagă sau respinge, înconștient sau conștient, experiențele organice și senzoriale importante, care au fost integrate în sistemul organizațional al structurii, caz în care va rezulta o “tensiune psihică și emoțională”.

Adaptarea psihică există atunci când conceptul de sine este stabil (în echilibru), când toate experiențele (percepțiile) senzoriale, corporale, emoționale, au fost asimilate sau pot fi asimilate de nivelul conceptual și organizatoric al sinelui, fără a se crea tensiuni interne între ele, pe acest nivel. Fiecare experiență, care nu este în armonie cu structura sinelui, poate fi asociată cu o amenințare. Cu cât sunt experimentate mai multe percepții “amenințătoare”, cu atât va scădea dinamica (capacitatea) de adaptare, structura sinelui devenind “rigidă” și vulnerabilă.

Uneori, anumite experiențe sau percepții noi, care nu corespund structurii sinelui, pot fi pecepute, analizate de individ și încorporate în structura sinelui, prin modificarea sau adaptarea structurală la aceste noi experiențe. În cazul în care individul este în stare să asimileze în structura sinelui totalitatea experiențelor noi - corporale, emoționale, senzoriale, adică are o structură a sinelui dinamică, adaptabilă, el va avea o capacitate lărgită de a înțelege și accepta comportamentul indivizilor care îl inconjoară.

Cu cât individul va încorpora și accepta, în mod dinamic și “sănatos”, în structura sinelui din experiențele organice trăite de-a lungul timpului, cu atât el va fi în stare să își modifice, adapteaze și reevalueze sistemul intern de valori.

#### **4.1.3 Terapeutul în concepția lui Rogers**

Rogers a formulat șase precondiții principale pentru intervenția terapeutică și anume:

1. Două persoane, terapeutul și clientul trebuie să se afle în contact psihologic;
2. Clientul (a doua persoană) se află într-o stare de lipsă de congruență și se simte vulnerabil și nesigur (anxios);
3. Terapeutul (prima persoană) este în stare de congruență și integrat în această interrelație;

*“Rogers era conștient că nimeni nu poate atinge starea completă de congruență, în orice moment. Ființele umane imperfecte pot fi de ajutor clienților. Este suficient ca terapeutii, în anumite momente ale relației imediate cu anumite persoane, să fie în întregime ei înșiși și în concordanță cu experiențele corect simbolizate în conceptul lor despre sine”. (“Theory and practice of counselling and therapy”, Richard Nelson-Jones).*

4. Terapeutul simte un interes viu, pozitiv și necondiționat față de persoana clientului;

5. Terapeutul are o înțelegere empatică pentru procesele interne, psihice ale clientului său și este motivat să i le comunice și explice;

6. Comunicarea deschisă și înțelegerea empatică, la fel ca și interesul pozitiv și necondiționat al terapeutului față de client, sunt la un nivel minim necesar.

Între condițiile necesare, pentru ca relația terapeutului cu clientul să fie una benefică, se numără următoarele trei aspecte importante ale cadrului terapeutic, cadru în care:

1. terapeutul și clientul sunt capabili să fie parteneri;
2. clientul trebuie să simtă că terapeutul îl ajută în înțelegerea proceselor sale psihice, adică îl acceptă fără prejudecăți, îl însoțește cu înțelegere, îl sprijină în procesul de schimbare în mod necondiționat, nu are conduita profesorului care știe mai mult;

3. terapeutul nu preia responsabilitatea clientului pentru procesele de modificare psihică, indiferent de natura lor, clientul este singurul responsabil pentru ceea ce simte sau nu simte.

Terapeutul va oferi sau poate oferi:

- “Unconditional positive regard”, adică dovada de interes pozitiv și respect necondiționat;

*“Rogers a subliniat importanța atitudinii terapeutului față de valoarea și importanța fiecărei persoane. Zbaterile personale ale terapeutului pentru integrarea personală sunt relevante în manifestarea interesului pozitiv necondiționat, deoarece ei nu pot fi decât plini de respect față de capacitatea clienților de a atinge o direcție constructivă a sinelui”. (“Theory and practice of counselling and therapy”, Richard Nelson-Jones).*

- Atitudine prietenoasă, “naturală”, profundă, adevărată, fără a fi “superioară” și artificială;

- Grijă deosebită și respect față de client, poate într-un mod ușor patriarhal, fără să fie dominant și alterat de mecanismele de apărare ale clientului ritualizate sau învățate și automatizate, adică grijă, iubire și respect profund față de natura umană;

- Terapeutul nu va fi “sfătos”, nu-și va exprima opinii sau comentarii de genul “așa ar fi mai bine”, care reflectă sistemul propriu de valori și prejudecăți și nu trebuințele clientului;

- Terapeutul, prin ținuta sa caldă, empatică și pozitivă îi va induce clientului același gen de relaționare cu sine însuși, fiind un model pentru client în conexiunea acestuia din urmă de “eu cu mine”;

- Terapeutul va avea o atitudine autentică, deschisă și sinceră, indiferent în ce situație terapeutică sau în ce stadiu al procesului psihic să afla clientul;

- Terapeutul va avea o atitudine de soluționare integrală și constantă, independent de stadiul terapiei;

- Autenticitatea oferită de terapeut va include toate semnalele verbale și nonverbale, adică mimica, atitudinea corporală, timbrul vocal, alegerea cuvintelor și noțiunilor, limbajul terapeutic, gestică, spectrul reacțional, spontaneitatea; toate acestea vor fi autentice și sincere;

- Empatia terapeutului din timpul ședinței va fi constantă, nedirecționată, fiind adaptată trebuințelor clientului și nu ale terapeutului însuși;

*“Alți termeni pentru empatie includ empatia corectă, înțelegerea empatică, receptivitatea empatică, un mod empatic de a fi, atitudinea empatică. Terapeuții trebuie să fie sensibili în permanență la fiecare stare, experiență care are loc, atât în ei înșiși, cât și în clienți. Ei au nevoie de capacitatea de a sesiza nuanțele și sensul înțelesului de care clienții sunt prea puțin conștienți”. (“Theory and practice of counselling and therapy”, Richard Nelson-Jones).*

- Terapeutul trebuie să facă dovada continuă a profesionalismului său, să mențină o ofertă de dialog și comunicare emoțională (“vă las ușa larg deschisă), cu cerințele clientului, indiferent de natura lor și în contextul schemei de tratament;

- Terapeutul va oferi clientului un “feedback”, verbalizând aspectele exprimate de către client, în mod conștient sau inconștient, alegând modul de exprimare autentic și adaptat posibilităților de înțelegere ale acestuia. Pentru a putea să îi exprime stările, terapeutul trebuie să fie mereu antrenat și experimentat;

- Terapeutul nu oglindește permanent emoțiile și sentimentele clientului, el doar accentuează, sintetizează, exprimă și subliniază unele “trăiri” importante pentru evoluția procesului terapeutic.

*“Terapeuții trebuie să comunice angajamentul lor de a înțelege lumea clienților lor, prin verificarea frecventă a corectitudinii semnificațiilor și să le arate dorința de a fi corecți... Răspunsul dat enunțurilor individuale ale clientului este un proces de ascultare și observare, rezonare, discriminare, comunicare și verificare a semnificațiilor”. (“Theory and practice of counselling and therapy”, Richard Nelson-Jones).*

- Terapeutul are un spațiu limitat pentru interpretarea proprie a materialului obținut de la client. “Traducerea” și intelectualizarea “trăirilor” acestuia se face doar în măsura în care îl ajută și îl încurajează să treacă singur puntea spre vindecare, terapeutul aflându-se de partea cealaltă a “podului;

- Terapeutul este obligat să se școlarizeze continuu, pentru a-și depista punctele slabe, deficiențele și propriile probleme, modul de reacționa în timpul ședințelor. Scopul acestui antrenament continuu este binele clientului, deoarece cu cât terapeutul se cunoaște mai bine pe sine, clientul va putea fi ajutat cu mai mult profesionalism.

#### **4.1.4 Procesul terapeutic**

Procesul terapeutic tinde spre eliberarea forțelor de autovindecare, conducând clientul spre “a fully functioning person” (un individ pe deplin funcțional), fără ca aceasta să fie ținta obligatorie a terapiei.

*“Înainte ca clienții să fie capabili să urmărească acest țel [să ajungă indivizi pe deplin funcționali n.a], ei trebuie să iasă de sub masca pe care o poartă și pe care o dezvoltă prin procesul de socializare. Clienții vin și recunosc că au pierdut contactul cu ei înșiși, folosind măști. Într-un climat de siguranță, în timpul sesiunii terapeutice, vor realiza că există și alte posibilități”.*



*(“Theory and practice of counseling and psychotherapy”, Gerald Corey)*

Ținta terapiei este îndrumarea spre acest obiectiv, fără a avea pretenția de a-l atinge în totalitate, în cadrul terapiei, altfel spus inițierea unui proces de deblocare a forțelor de autovindecare ale clientului, într-o atmosferă deschisă, pozitivă, empatică și nedirecționată. Clientul va evolua spre un grad de autonomie mai mare și mai stabil.

Procesele care trebuie initiate sunt:

- *creșterea autonomiei* în defavoarea dependentei;
- *acceptarea de sine* în defavoarea respingerii de sine;
- *conștientizarea și localizarea* punctului de blocaj sau de marginalizare;
- *creativitatea* în defavoarea rigidității și anxietății;
- *creșterea capacității de adaptare, detensionarea și dinamizarea*, acolo unde există tensiune și adinamie (statică).

*“De fapt, terapeuții se folosesc de ei înșiși ca niște instrumente ale schimbării. Când se întâlnesc cu clientul față în față, “rolul” lor este să nu aibă nici un rol. Ei nu se pierd într-un rol de profesionist.”*(*“Theory and practice of counseling and psychotherapy”, Gerald Corey*).

Procesele nefavorabile care pot agrava conflictele interne sunt:

- **structura neadecvată**, care afectează capacitatea de adaptare într-un mediu nou (în locul x sunt geniu, în locul y sunt mediu).

- în urma procesului de evoluție personală, pe parcursul terapiei, poate apărea **sentimentul de “amenințare”** asupra structurilor existente. Ca reacție de autoapărare, pacientul se

retrage și “paralizează” în structurile vechi, care se simt amenințate;

- **negația**, ca o contrareacție la experiențe noi, care ajută la dezvoltarea structurii interne. De exemplu, nu este importantă durerea rezultată în urma violenței tatălui, dar legarea simbolurilor “tată” și “durere” aduce cu sine negația, refuzul de a îl accepta pe tată ca o persoană existentă.

- **reactualizarea**, în timpul procesului terapeutic, a unor moduri de soluționare a problemelor structurale din trecut, care nu mai sunt actuale, pentru că realitatea din jur s-a modificat. Ele încetinesc, blochează sau orientează greșit procesul de dezvoltare a noii structuri. (Studentul care se comportă față de profesorul de la universitate ca un elev din clasa întâi, experimentează respingerea colegilor și a profesorului).

## Experimentarea și Centrarea

- **Experimentarea** reprezintă faza de trăire actuală a unei stări emoționale, în timpul terapiei.

*“În formularea descrierii mele actuale, am extins conceptul de <<experimentare>> formulat de Gendlin (1962). Acest concept mi-a îmbogățit gândirea în moduri variate. Un terapeut empatic se va raporta la semnificația trăirii pe care clientul o experimentează în acest moment, pentru a-l ajuta să se concentreze pe înțeles și să îl perpetueze în experimentarea neînhibată și completă”. (“A way of being”, Carl Ransom Rogers).*

Această trăire nu trebuie să fie completă și nici verbalizată, ci doar simțită în contextul actual. Este o percepție mentală și corporală, care include și întrebarea “ce simt aici și acum, în acest context sau situație”. Felt Meaning” sau “semnificația trăirii” este noțiunea semi-filosofică care include

partea de experimentare non-verbală. Este o încercare de a atinge și simți trăirea fizică, existențială. Rolul ei este de importanță majoră, deoarece duce la descoperirea tulburărilor din structura sinelui.

*“Considerând că boala mentală este rezultatul eșecului de a experimenta sau de a scăpa de sentimente, terapeuții experimentali, nu numai că nu acordau credit explorării și analizei intelectuale, dar au căutat să evidențieze experimentarea spontană a evenimentelor vieții.” (“Masters of the mind : exploring the story of mental illness from ancient times to the new millennium”, Theodore Millon, Seth Grossman, Sarah E. Meagher).*

Există o formă de terapie care se numește “Experiencing Therapy” sau “terapie de experimentare”, care e centrată pe ceea ce trăiesc și simt, acum și aici.

- **Centrarea** este procesul prin care se încearcă dezvoltarea capacității de focalizare asupra sentimentelor trăite, în interacțiunea cu alți indivizi, și analiza consecințelor ei în urma unor reacții inadecvate (tulburări structurale). Prin procesul de centrare, se pornește de la analiza caracterului simbolic sau ritualizat al unei reacții la o anumită trăire și se ajunge la reacția adecvată și dinamică, din situația dată.

Centrarea are patru faze:

1. **referința directă** prin care clientul va lăsa la o parte aspectul trăirii sintetizate în reacția “totul este despre mine și cum sunt” și va trece la o formulare mai vagă și obiectivă de descriere a “ceea ce este sau ce s-a întâmplat, fără legătură cu mine”;

2. **dezvoltarea**: pornind de la noțiunea vagă dată de descrierea stării “ce reprezintă aceasta”, se dezvoltă sentimentul “mă las surprins, fără să anticipez sau să comentez, pozitiv sau negativ, despre mine”;

**3. aplicarea generală:** clientului îi este prezentată “o abordare generală” a unor niveluri de trăiri diferite, fără a fi “atras în emoție sau simbolică pre-formată”, adică nu orice “simte sau vede” este imediat interpretat emoțional, într-un mod preconceput, adaptat tulburării sale structurale;

**4. deplasarea referențială:** parcurgând fazele 1-3, clientul își modifică reacțiile la o anumită situație sau întâmplare, conținutul trăirilor este simțit liber, fără legătură imediată și directă cu “mine și eu”, procesul de desimbolizare și deritualizare este cel mai important pas spre restructurarea sinelui, spre dinamica și libertatea personală.

Procesul terapeutic este încheiat în momentul în care clientul “a învățat” să obiectiveze cele întâmplare, să fie în stare să “aleagă” reacția dintre o gamă variată și “sănatoasă” de posibilități, să nu fie “tulburat” de evenimente inter și intra-personale.

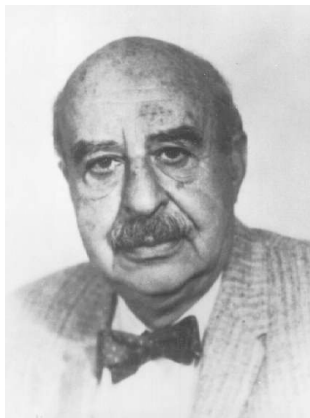
*“Pentru că se simt în siguranță și mai puțin vulnerabili, [clienții n.a] devin mai realiști, îi privesc pe ceilalți cu o mai mare acuratețe și devin mai capabili să înțeleagă și să-i accepte pe ceilalți... Devin mai puțin interesați să îndeplinească așteptările altora și, astfel, încep să se comporte într-un mod mai adevărat față de ei înșiși.” (“Theory and practice of counseling and psychotherapy”, Gerald Corey).*

Terapia creată de Rogers, fie că e numită “centrată pe client” sau “terapie prin vorbire”, “Experiencing and Focusing”, sau altfel, este foarte răspândită în America de Nord și se aplică cu rezultate foarte bune în tulburările structurale provenite din adolescență și în tulburările interrelaționale cu mediul social și familial din timpul vieții adulte.

*“După părerea mea, aceste forme de terapie nu ar trebui să fie prima alegere a unui psihoterapeut în vindecarea tulburărilor*

*foarte profunde provenite din copilărie, a traumelor profunde și îndelungate, a tulburărilor psiho-patologice grave.*

## 4.2 Terapia gestaltistă



**Frederick Perls**

Frederick Perls, fondatorul abordării gestaltiste, s-a născut în 1893 într-o familie de evrei din Berlin, iar în 1946 a emigrat în S.U.A. De formație psihanalitică, Perls preia, de la analistul său Wilhelm Reich ideea “lucrului cu corpul”, ca o modalitate de a înțelege și schimba personalitatea.

*“ Gestal-terapia, conform inițiatorului ei, Perls, este o abordare existențialistă care se ocupă, nu numai de simptomele sau structura caracterului, ci cu întreaga existență a unei persoane”. (Theory and practice of counselling and therapy, Richard Nelson-Jones).*

În construcția abordării gestaltiste Perls a fost influențat de o serie de intelectuali ai timpului său (E. Frenkel, Jan Smuts – cel care a lansat termenul de “*holism*” și A. Korbzski), de psihologia gestaltistă, de abordarea fenomenologică și perspectiva existențială și alții care au îmbogățit treptat, ansamblul teoretic și tehnic al teoriei gestaltiste (a încorporat, ca tehnică, jocul de rol din psihodrama fundamentată de J.L. Moreno).

Psihologia gestaltistă îi îmbogățește lui Perls perspectiva psihanalitică prin plasarea în centrul acestei terapii radicale a conceptului de *gestalt*, tradus prin *structură*, *configurație* sau *mod de organizare a câmpului*. Un “gestalt” poate fi atât un întreg de

elemente fizice – precum un organism – cât și o structură de idei – de pildă Drepturile Omului. Conceptul de holism se aplică personalității, considerată un întreg în care elementele interrelaționează, dar și relației individului cu mediul, care funcționează precum o unitate dinamică.

Inclusă în abordările umanist-existențialiste, gestalt-terapia vizează capacitățile înnăscute, nelimitate de autorealizare a potențialităților, de depășire a limitelor și barierelor personale, de exprimare a individualității, de conștientizare a faptului că toți ceilalți au acest drept la manifestare liberă dar și responsabilitatea personală asupra propriei vieți și a propriilor decizii.

Gestaltismul consideră că ființa umană poate fi înțeleasă doar dintr-o perspectivă integralistă. Percepția imaginilor este un proces activ care se realizează nu doar prin însumarea părților componente, ca rezultat al receptării pasive a stimulilor de către organele senzoriale, ci prin interacțiunea lor complexă, tot așa, în cadrul personalității sunt organizate și integrate numeroase configurații active. Gestalt-terapia se centrează asupra ideii că, prin experiența directă, noi trăim transformând fiecare structură a realității într-un întreg. Relația organism-mediul, fiind concepută ca o relație de interdependență ecologică, stă la baza sănătății persoanei. O persoană sănătoasă se definește printr-o autoreglare organică ce permite adaptarea creativă în dinamica raportului trebuințe-posibilități de satisfacere.

*“Tendința de bază a oricărui organism este să atingă echilibrul (homeostaza). Organismul se confruntă permanent cu dezechilibre, care au efect disturbator prin factori externi sau interni. Homeostaza sau autoreglarea organică este procesul prin care organismul își satisface nevoile prin restabilirea balansului atunci când se confruntă cu o cerință sau nevoie care deranjează echilibrul.”*

### 4.2.1 Psihopatologia

Ființa umană reprezintă un sistem deschis, auto-organizator și explorator, activ, deci transformativ, iar existența umană implică o devenire continuă a trebuințelor care se manifestă în câmpul conștiinței și se cer a fi satisfăcute. Autorealizarea nu poate fi independentă de modul în care ființa umană se integrează în ecosistem. Omul intră în legătură cu realitatea externă printr-o *zonă de contact*. Aceasta are un caracter dualist, este necesar ca omul să-și construiască și să-și cunoască propria identitate (să se delimiteze de alții și de mediu), iar pe de altă parte este vital ca el să intre în relații de co-evoluție cu mediul său social și natural (raport de adaptare creativă la schimbările firești, pozitive sau negative ale acestuia).

*“Procesul de homeostază operează cu câteva trebuințe care sunt încercate simultan. Nevoia dominantă sau nevoia care cere acut să fie satisfăcută devine imaginea de prim plan, timp în care celelalte trebuințe trec în planul secund, cel puțin pentru moment. Indivizii, pentru a putea să-și satisfacă nevoile (să completeze sau să închidă gestalten-ul incomplet) trebuie să fie capabili să simtă ce au nevoie și să se manipuleze atât pe sine cât și mediul pentru a obține ceea ce este necesar”. (“Theory and practice of counselling and therapy”, Richard Nelson-Jones).*

Omul preia din mediul său, în sens larg, nu numai aer, apă și hrană, ci și informații (emoții, sentimente, atitudini, idei, scheme de acțiune și înțelegere și chiar moduri de comportament). Toate acestea sunt procesate și metabolizate psihologic. Disfuncționalitățile autoreglajului în discriminarea, procesarea și actualizarea informațională, în preluarea, păstrarea selectivă și eliminarea informației negative (care rămâne păstrată la nivel

subconștient și inconștient), afectează starea de bine și chiar sănătatea psihică și fizică a individului.

*“Sinele este sistemul de legături de la limitele de contact, din orice moment. Sinele există unde există granițele de contact, activitatea lui constând în formarea de imagini și contexte. Sinele integrează sensul, coordonarea motorie și trebuințele organice. Este integratorul sau artistul vieții.... Sinele este format din identificări și alienări ale limitelor de contact. Ceea ce se află în interiorul cercului său tinde să fie perceput ca bun și ceea ce este în afară, ca fiind greșit sau rău. Autoactualizarea poate fi văzută ca expresie a identificărilor și alienărilor adecvate. (“Theory and practice of counselling and therapy”, Richard Nelson-Jones).*

Simptomele și mecanismele defensive sunt considerate modalități creative prin care se încearcă rezolvarea diverselor probleme, dar care, după un anumit interval, își pierd aceste caracteristici inițiale, iar individul se dezadaptează.

Manifestările psihopatologice reprezintă indicatori ai blocajului, în procesul natural de maturizare. În opinia lui Perls, fiecare dintre noi poartă cu sine conflicte nerezolvate, tipare comportamentale și emoționale rigide.

*“Gestalt teoria are o definiție fiziologică și psihologică a anxietății. Definiția fiziologică spune că << anxietatea este experiență de respirație deficitară în timpul unei emoții blocate>>. Astfel, este un mod sănătos de a exista fiind erotic, agresiv, creativ sau de a te afla în alte situații care mobilizează energia. Definiția psihologică susține că anxietatea este << decalajul dintre acum și mai târziu>> sau << frica de scenă>>. Astfel, fantezia începe să acționeze în zona intermediară. Ea repetă pentru un viitor, pe care oamenii nu și-l doresc cu adevărat pentru că le este frică. Persoanele care se află <<acum și aici>> și au acces la simțurile lor, este puțin probabil să devină anxioase pentru că excitația lor se*



*transformă într-un fel de activitate inventivă, creativă și spontană, care găsește soluții pentru situații nefinalizate”. (“Theory and practice of counselling and therapy”, Richard Nelson-Jones).*

Terapia gestaltistă nu încearcă să înlăture ori să interpreteze aceste forme de apărare și simptome, ci consideră ca primordiale în vindecare conștientizarea de sine și autoexperimentarea pentru a le putea cunoaște, gestiona mai bine și reorganiza.

#### **4.2.1.1 Blocajele conștiinței**

*“Perls distinge între sănătate, psihoză și nevroză. În starea de sănătate, oamenii sunt în contact cu realitatea proprie și a lumii. Aflați în psihoză, ei sunt în afara contactului cu realitatea și sunt în comunicarea cu maya, având fantezii de megalomanie și inutilitate. În nevroză, are loc o luptă continuă între maya și realitate. Nevroza, care presupune afectarea importantă a graniței de contact, operează în principal prin patru mecanisme, legate de altfel.” (“Theory and practice of counselling and therapy”, Richard Nelson-Jones).*

Dificultățile autoreglării și integrării armonioase în lume sunt în directă legătură cu tulburările contactului de graniță. Când granița dintre sine și alții devine confuză, impermeabilă sau se pierde, se produce o distorsiune a diferențierii între sine și alții, o perturbare atât a contactului, cât și a conștientizării acestuia. Principalele mecanisme defensive prin care persoanele evită și resping contactul cu realitatea “aici și acum”, în scopul protejării sinelui sunt:

- **Introiecția** – este o modificare calitativă a contactului cu lumea, constând în absorbirea, captarea, preluarea și

asimilarea fără discriminare a informațiilor din mediu (valori, comportamente). Ea poate avea o funcție pozitivă, deoarece permite integrarea conștientă a unor valori și strategii adaptative, dar poate duce și la blocaje prin internalizarea pasivă și fără discriminare a unor comportamente și norme, care nu sunt în concordanță cu nevoile și convingerile personale și, care, interferează cu alegerea liberă și auto-responsabilitatea, generând un grad crescut de inautenticitate în modul de a fi și a acționa al unei persoane.

*“Introiecția are două consecințe, prima - împiedică indivizii să intre în contact cu propria realitate, deoarece tot timpul trebuie să se lupte cu organisme străine și, a doua, introiecțiile pot fi incompatibile între ele și, astfel, duc la dezintegrarea personalității”. (“Theory and practice of counselling and therapy, Richard Nelson-Jones).*

Introiecțiile favorizează apariția tulburărilor de identitate și structurarea unei personalități inautentice, cu un caracter rigid și imatur și reprezintă principalii transmițători și facilitatori de comportamente dezadaptative și nevrotice, de la o generație la alta.

- **Proiecția** – rezultă din atribuirea în afara eu-lui -altcuiva, unui obiect sau a unei situații– a unor gânduri, sentimente și atitudini, pe care individul, la nivel conștient nu și le recunoaște chiar și le neagă. Există proiecții cu efect pozitiv, sanogen, precum cele care participă în procesele creatoare, artistice până la superstițiile în care oamenii atribuie unor obiecte sau fenomene exterioare un rol hotărâtor în existența lor. Proiecția naște eroare în evaluarea non-eului (persoane, relații, situații, evenimente, exterioritate), se poate exprima în ideea de tip paranoic, în care mediul individului reprezintă o sursă permanentă de suspiciune, ostilitate și intenții agresive ori persecutorii, rigidă evidențelor și argumentelor logice. Proiecția blochează adaptarea.

- **Retrofecția** – constă într-un proces de re-ogîndire, de revenire asupra sinelui prin sine a anumitor gînduri, sentimente și comportamente adresate inițial altor persoane. Zona de contact se comportă asemeni suprafeței unei oglinzi, astfel încît individul se comportă cu sine așa cum ar dori să se comporte cu alții. Retrofecția poate fi motorie, senzorială sau verbală și poate servi intereselor de adaptare, de exemplu “a-ți mușca buzele” pentru reprimarea impulsului de exprimare a supărării. Procesul retrofecției poate fi tranzitor sau cronic, putîndu-se exprima printr-o simptomatologie psihosomatică.
- **Defecția** – constă în evitarea contactului direct cu realitatea, atît prin deturnare conștientă, intenționată (de exemplu cînd cineva este politicoș în loc de a fi direct, de a comunica sincer), cît și prin refuz indirect. Individul refuză să ia parte în mod activ “aici și acum” la experiența vieții și urmărește să stabilească relații cu alte aspecte ale mediului decît cele date, iar impulsul către o anumită acțiune este redirecționat spre un substitut din mediu. În defecție contactul este rigid, fiind similar cu dezangajarea.
- **Confluența** – se naște ca urmare a permeabilizării excesive a graniței dintre sine și mediu și constă într-un fenomen de fuziune, unificare a universului interior cu exteriorul. Persoana nu mai poate distinge realitatea interioară de ceea ce se întîmplă în exterior, situațiile imaginare de evenimentele lumii reale, conducînd persoana spre a fi intolerantă față de diferențele pe care le sesizează la aceștia.

*“O trăsătură a confluenței este refuzul de a tolera diferențele. Două exemple de confluență sunt partenerii căsătoriți și părinții care refuză să vadă că soții și copiii lor sunt diferiți de ei înșiși”. (“Theory and practice of counselling and therapy, Richard Nelson-Jones).*

Experiența unității dintre sine și lumea înconjurătoare este trăită de fiecare în perioada copilăriei, când zona de contact este încă în stadiul de formare. Depersonalizarea din delirul psihotic reprezintă cel mai înalt nivel al destructurării persoanei, al alienării, când apare scindarea personalității, la antipod situându-se experiența transpersonală, mistică, artistică sau meditativă, de nivel transconștient sau metaconștient (nivel superior al dezvoltării personale, numit dezvoltare transpersonală). Caracteristică a confluenței este și experiența iubirii, în care persoanele depășesc condiționările interioare și se simt una cu celalaltă, parte dintr-un întreg

Aceste blocaje ale conștiinței nu acționează independent, ci în strânsă legătură unele cu altele.

#### **4.2.2 Obiectivele terapiei**

Scopul declarat al gestaltterapeuților este provocarea și extinderea conștientizării, ca modalitate de creștere și autonomie personală. Spre deosebire de Freud, Perls nu s-a focalizat asupra factorilor determinanți din perioada copilăriei, care stau la baza actualei simptomatologii. El a pus în evidență modalități prin care pacientul își poate regăsi și câștiga controlul asupra dorințelor, sentimentelor și comportamentelor de la nivelul inconștientului.

*“Perls a fost un showman, care și-a realizat ședințele de terapie sub forma unor ateliere de lucru, la Esalen, uneori, chiar și în băile comunale. Pentru spectacolul său avea nevoie de șase elemente <<( 1) îndemânarea mea; (2) un pachet de șervețele; (3) un scaun fierbinte; (4) un scaun gol; (5) trabucuri; (6) o scrumieră>>. Perls vedea toate interviurile terapeutice ca pe niște experimente. Terapeuții trebuie să încerce să facă tot posibilul să-și ajute clienții să devină conștienți de modul în care*

*funcționează ca persoane și ca organisme.” (“Theory and practice of counselling and therapy”, Richard Nelson-Jones).*

Gestalt-terapia este simultan un proces de autoexplorare, autoînțelegere și autoschimbare prin intermediul conștientizării atât a conținuturilor intrapsihice, cât și a modalităților psihologice prin care aceste conținuturi pot fi reasezate, resemnificate. Ea urmărește dezvoltarea conștiinței, a ceea ce face individul și a modului cum o face, decât a de ce, a motivelor sale, în felul acesta evitând mecanismele de apărare și raționalizare.

Obiectivele terapiei sunt:

- aprofundarea cunoașterii de sine și auto-acceptarea necondiționată;
- asumarea auto-responsabilității pentru toate deciziile, sentimentele și acțiunile personale;
- autenticitatea și independența sinelui, care nu se conformează pasiv așteptărilor mediului social;
- trăirea prezentului “aici și acum”, fără a regreta trecutul, ori a planifica excesiv viitorul.

Elementul care, cu precădere, diferențiază individul sănătos de cel nevrotic este factorul mobilitate. Un model de funcționare sănătoasă asigură un proces constant, armonios și ritmic de “deschidere” și “închidere” față de mediu. Unul dintre obiectivele principale ale Gestalt-terapiei îl reprezintă astfel restabilirea conștientizării de sine, care este pierdută în momentul în care o tulburare psihologică devine manifestă, iar acest lucru poate fi realizat prin refacerea capacității individuale de discriminare; susținerea lui în a descoperi ceea ce îl definește și ceea ce nu îi aparține, ce conferă persoanei acel sentiment de autorealizare și împlinire și ce anume îi provoacă frustrare. Persoana este îndrumată către un sens al integrării, în căutarea echilibrului potrivit în termeni de limită sau graniță între eu și restul lumii.

### 4.2.3 Strategii terapeutice

În abordarea gestalt tehnicile și procedurile pot fi considerate de focalizare, rolul lor fiind acela de a susține procesul conștientizării sinelui și al insight-ului. Dezvoltarea conștientizării presupune, în primul rând, eliberarea de lumea idealurilor și a fanteziilor, de concepțiile teoretice despre cum ar trebui lumea și viața să fie. Revenirea din această transă intelectuală se realizează prin întoarcerea la simțuri, la “experiența senzorială” a realității. O terapie finalizată cu succes asigură independența clientului în a lucra eu el însuși, cu temele sale caracteriale și de relație, cu problemele proprii reglări și dezvoltări, utilizându-și optim semnificațiile propriilor conștientizări.

*“Intervențiile acestui tip de terapie se baza pe utilizarea întrebărilor <<când, cu cine și în ce situație >>. În terapia <<persiană>>, acesta, probabil, că intervenea fără prea multă consultație. Cei mai mulți terapeuți decid asupra celor mai adecvate intervenții, în urma dialogului continuu cu clientul. Asemenea intervenții sunt considerate experimente. Scopul principal al încurajării clienților să experimenteze diverse moduri de gândire și acțiune este acela de a aduna informații, pentru a avea o înțelegere autentică, mai curând decât de a schimba doar comportamente”. (“Theory and practice of counselling and therapy”, Richard Nelson-Jones).*

- **Experimentarea “aici și acum”**

Unul dintre termenii care caracterizează gestaltul este împrumutat din alte abordări psihologice și adaptat la specificul fenomenologic al Gestalt- terapiei și se referă la modul de percepție și trăire individuală a momentului, fără implicarea perturbatoare a influențelor trecutului. Aceasta susține că trăim

excesiv la nivel mental și că evităm senzațiile fizice sau denumirea emoțiilor resimțite. Atenția se concentrează asupra lui “aici și acum”, nu ca o excludere a trecutului sau a viitorului, ci ca o atenție îndreptată asupra prezentului (corpul meu, senzațiile mele, conștientizarea, trebuințele și acțiunea mea), asupra a ceea ce este actualizarea trecutului (prin procesul introiecție – proiecție – transfer) și neliniștea privind viitorul apropiat.

Este important ca ambianța să fie una adecvată, fără surse exterioare disturbante de stimulare (TV, radio, telefon, etc.). Terapeutul îi cere pacientului ca, într-un interval de 2 minute, să observe ce intră în atenție conștiinței sale. Apoi el descrie aspectele asupra cărora el s-a focalizat mai mult.

- Universul cognitiv ( gânduri, fantezii, probleme, amintiri, planuri de viitor);
- Universul afectiv (emoții, sentimente, senzații corporale - puls, nervozitate, încordare musculară, oboseală, transpirații etc.)
- Universul exterior (sunete, obiecte sau alte persoane din încăpere).

Se notează care sunt aspectele predominante și cele care au tendința de a fi neglijate sau evitate. Focalizarea asupra spațiului personal, a posturii corporale, mimicii, ritmului respirator, tonusului muscular, tonalității vocii, ș.a.m.d dezvoltă capacitatea de auto-conștientizare. Limbajul trupului și senzațiile corporale sunt markeri ascunși ai conflictelor și trăirilor de la nivelul inconștientului. De aceea, pacientul este frecvent întrebat: “ce se întâmplă în corpul tău acum?”, “pari foarte încordat, ce înseamnă asta?”, “ții pumnii strânși, ce simți acum?” etc.

*“Un mod de a crește conștiența clientului este acela prin care terapeutul spune <<Urmărește>> sau <<Exprimă>>. Asemenea instrucțiuni pot să-i încurajeze pe clienți să*

*experimenteze mai intens și complet prin simțire”. (“Theory and practice of counselling and therapy”, Richard Nelson-Jones).*

Se prescriu apoi, ca teme între ședințe, sarcini de conștientizare aprofundată în diferite situații de viață și de descriere a detaliilor sau a rezistențelor observate. Este nevoie de multă practică pentru ca pacientul să ajungă la conștientizarea întregului dintre sine și elementele aparent disparate ale mediului și să surprindă o nouă semnificație a acestora.

Acțiunea nu vizează trecutul, ci înregistrarea trecutului, mai exact ceea ce rămâne astăzi și modul în care este interpretat. Este deci important să se considere ceea ce povestește pacientul ca o amintire parțială, trunchiată, deformată și mai ales interpretată, el făcând toate acestea de cele mai multe ori cu bună credință, și, în mare măsură, inconștient. Punerea în evidență și utilizarea terapeutică a schimbării modului de a vedea realitatea ca instrument pentru schimbarea comportamentului este un aport important al Gestalt-terapiei.

### • **Conștientizarea și acceptarea contrariilor**

Această tehnică, asemănătoare imageriei dirijate pornește de la asumția conform căreia fiecare aspect al realității are și un revers. Pentru a putea cunoaște fericirea, trebuie să fi cunoscut și tristețea. Teoria Gestalt consideră că individul conștientizează foarte puține emoții și are tendința de a le ignora pe celelalte mai puțin intense, inclusiv emoția contrară a ceea ce avem în minte. Obiectivul constă în conștientizarea tuturor componentelor personalității și a dinamicii conflictelor dintre dorințe și pulsuni, pentru a elibera și flexibiliza gândirea. Pacientul primește sugestia de a-și imagina anumite situații în contradicție cu realitatea. De exemplu să-și imagineze ce s-ar fi întâmplat dacă ar fi răspuns negativ (și nu afirmativ, așa cum a făcut-o) într-o decizie importantă; dacă e bărbat, cum ar fi reacționat să fi fost femeie?. Dacă pacientul are un complex de inferioritate, i se cere să observe dacă nu



manifestă superioritate în alte situații; dacă o persoană se consideră atrăgătoare, se explorează aspectele care o fac să se simtă neatrăgătoare sau chiar respinsă. Dacă pacientul se crede un ratat, în plan imaginar el își va maximiza potențialul și va fi un om de succes. Apoi, pacientul trebuie să se focalizeze asupra unei situații problematice reale, să conștientizeze și să descrie cât mai concret cum percepe, ce simte și cum acționează el de obicei în situația respectivă.

Urmează “răsturnarea” situației în plan imaginar la nivelul percepției, emoțiilor și reacțiilor comportamentale prin tehnici dramatice (substituirea perspectivei negative cu cea pozitivă, a furiei cu indiferența, a conduitei agresive cu comportamente pasive). Repetiția sau exagerarea sunt utilizate de către actori pentru amplificarea trăirilor dintr-o situație dată. Clientului i se cere să exagereze ori să repete, în mod intenționat, exprimarea anumitor emoții, gânduri sau mișcări pentru a deveni cât mai conștient de trăirile sale în contextul respectiv.

Introducerea elementului intențional permite creșterea sentimentului de control asupra experienței și asupra reacțiilor propriului organism. După experimentarea modalităților de a răspunde la situație, împreună cu terapeutul se caută găsirea și “numitorului comun”, a strategiei adecvate de utilizat în situațiile concrete. Din plan mental, prin scăderea anxietății se trece treptat în cotidian și se generalizează, în funcție de puterea alianței terapeutice, de nivelul auto-susținerii și durata terapiei. Prin expunerea și experimentarea diferitelor alternative, pacientul își flexibilizează schema cognitivă și își îmbogățește repertoriul emoțional și comportamental.

- **Tehnica scaunului gol** (dezvoltată de Fritz Perls în 1969)

*“Această tehnică este o modalitate de a-l determina pe client să își externalizeze introiecțiile, o tehnică pe care Perls a utilizat-o foarte mult.” (Theory and practice of counseling and psychotherapy, Gerald Corey).*

Exercițiul presupune desfășurarea unui dialog (10-30 minute) și a unei interacțiuni emoționale intense între pacient și un interlocutor imaginar, aflat pe un scaun gol din apropierea sa. În postura de interlocutor pot fi atât persoane reale (care au avut sau au o influență semnificativă asupra pacientului), cât și obiecte (referatul neterminat, mașina, verigheta), simptome (migrene, oboseală) sau trăsături ale pacientului (pesimism, impulsivitate, teama de o anumită boală, perfecționism la locul de muncă etc) care devin ținte ale demersului terapeutic. Pacientul trebuie mai întâi să descrie cât mai clar și mai detaliat caracteristicile interlocutorului, ca și cum acesta s-ar afla în fața sa, să se exprime liber, spunându-i tot ceea ce simte și gândește la adresa sa, după care alternativ, ia rolul persoanei/obiectului/trăsăturii și continuă conversația cu sine însuși.

Obiectivul tehnicii este acela de a-l face pe pacient să conștientizeze că toate conflictele pe care el le are cu ceilalți îi aparțin și coexistă în interiorul său. Pentru că avem tendința de a ne identifica doar cu una din părți și de a le ignora sau exclude pe celelalte; utilitatea acestei metode constă în soluționarea conflictelor interne prin prezentarea și argumentarea ambelor “tabere”.

Când conflictul apare între instanțele sinelui, se aplică o variantă, denumită de Perls “Top Dog/Under Dog”. Clientul este pe rând, “Top Dog” sau “Câinele de Rasă” (SuperEgo-ul cu atitudine autoritară, critică, perfecționistă, justițiară) și “Under Dog” sau “Câinele Maidanez” (care reflectă atitudinea de neajutorare, de victimă, care pare supusă cerințelor ideale ale conștiinței, dar pe care o sabotează).

*“Conflictul dintre cele două poluri opuse ale personalității își au rădăcina în mecanismul de introiecție, care implică incorporarea trăsăturilor altora, de obicei părinți, în propria*

*personalitate. Este important ca clienții să devină conștienți de aceste introiecții, în special de cele toxice care otrăvesc persoana și împiedică integrarea personalității.” (Theory and practice of counseling and psychotherapy, Gerald Corey).*

Fiecare persoană dispune, în grade diferite, de asemenea dualități, care intră în conflict atunci când o dimensiune caută să se impună și să preia controlul în defavoarea celeilalte; însă în funcție de maturitatea sa, individul este sau nu capabil să le accepte: masculin și feminin, lider și subordonat, puternic și slab, generos și egoist etc. Prin intermediul acestui joc de rol, persoana are ocazia de a-și recunoaște părțile aflate în conflict, de a le integra și de a le accepta în mod conștient ca fiind definitorii pentru sine. Tehnica este totodată și un bun instrument diagnostic al perturbărilor și blocajelor comunicării implicate în disfuncționalități ale personalității.

- **Tehnici de limbaj**

În gestalt-terapie, limbajul este folosit pentru a permite clientului să se distanțeze de “prea-plinul” experienței, evitând verbalizarea fără sfârșit, explicațiile și interpretările.

Obiectivul acestor exerciții este de a activa pacientul să-și asume responsabilitatea propriilor decizii, alegeri, dorințe, temeri sau slăbiciuni. Dacă, inițial, pacientul își descrie în mod impersonal emoțiile, trăirile și problemele atunci discursul trebuie în primul rând personalizat, prin asumarea pronumelui “Eu”. Întrucât, deseori, pacienții evită să-și asume propriile gânduri și pun întrebări, li se cere să reformuleze interogațiile sub formă de afirmații.

*“Unii clienți au tendința de a își nega puterea personală prin adăugarea unor calificative sau negări la declarațiile proprii. Terapeutul poate să evidențieze cum anumite calificative pot să afecteze eficacitatea relatării. Experimentarea calificativelor de omisiune, precum <poate, un fel de, bănuiesc, posibil,*

*presupun>>, îi poate ajuta pe clienți să-și schimbe mesajul ambivalent în afirmații clare și directe.” (“Theory and practice of counseling and psychotherapy”, Gerald Corey).*

Terapeutul utilizează preponderent interogații orientate, directive și evită întrebările care îl provoacă pe client să se justifice, să explice ori să interpreteze cele spuse. Utilizarea anumitor cuvinte și formule lingvistice ilustrează stilul cognitiv al pacientului. Expresii precum: “trebuie/nu pot/mi-e frică/nu sunt capabil să”, contribuie substanțial la apariția și menținerea stărilor de ineficiență, neajutorare, insatisfacție și nemulțumire față de sine și față de cei din jur. După ce sunt identificate aceste expresii, se trece la înlocuirea lor cu altele funcționale: “aleg să” în loc de “trebuie”, “nu voi face un anumit lucru” în loc de “nu pot”, “mi-ar place să” în loc de “mi-e frică”, “nu doresc să depun atâta efort” în loc de “nu sunt capabil să”. Acest exercițiu necesită repetiții multiple în timp și presupune formarea unui nou set mental.

- **Dezvăluirea emoțiilor reprimite**

Gestalt-terapia nu analizează “acțiunea nefinalizată” (“unfinished business”), ci caută reactualizarea, reexperimentarea și rezolvarea ei. Când pacientul se confruntă cu o emoție disfuncțională intensă (furie, depresie, anxietate) pașii de urmat sunt:

1. Aprofundarea și trăirea deplină a emoției respective;
2. Căutarea emoțiilor secundare (adesea plictiseala maschează depresia, dependența-sentimentul de mânie, simptomatologia somatică-anxietatea, furia acoperă teama);
3. Conștientizarea cât mai multor trăiri, chiar dacă superficiale și dificil de acceptat social/moral (de exemplu iritarea față de prietenul care nu a reușit să te înveselească, ori senzația de satisfacție atunci când cineva a avut un eșec etc.);

*“Confruntarea și experimentarea sentimentelor nu necesită numai curaj, dar și marchează dorința de a îndura durerea necesară pentru deblocarea și construirea drumului spre alte nivele de creștere”. (“Theory and practice of counseling and psychotherapy”, Gerald Corey).*

4. Re-experimentarea trăirilor timpurii pentru a evidenția legătura dintre trecut și sentimentele prezente. “Ce anume îți reamintesc aceste emoții și situații de acum?”, “Care sunt primele experiențe similare trăite?” Acest lucru se poate realiza prin: descrierea verbală a situațiilor trecute și a celor actuale; retrăirea în imaginar a situațiilor din trecut și a celor din prezent; notarea emoțiilor curente și, ulterior, recitirea lor pentru a vedea ce amintiri evocă; sau preluarea unei emoții intense (din realitate, dintr-un film, ori o carte) și explorarea legăturii dintre aceasta și sentimentele reale din experiența personală. Experimentarea deplină a acestor emoții ascunse facilitează conștientizarea modului în care ele influențează încă prezentul.

5. După utilizarea repetată, pe parcursul mai multor săptămâni, a acestor proceduri, se identifică pattern-ul emoțional al pacientului, de exemplu: atitudinea pasivă, evitantă sau indiferentă în locul atitudinii active, de rezolvare a problemelor, reprimarea și neexprimarea furiei, negarea și evitarea conștientizării anumitor emoții etc. În acest mod se extinde autocontrolul asupra reacțiilor emoționale, cognitive și comportamentale în situațiile viitoare.

#### • **Analiza viselor**

Dacă S. Freud considera visul drept “calea regală spre inconștient”, F. Perls susține că acesta reprezintă “calea regală spre integrare”. Analiza viselor este inclusă în terapia gestaltistă întrucât se consideră că ele reprezintă “mesaje existențiale” sau cea mai spontană exprimare a personalității umane.

*“Abordarea gestalt-istă nu interpretează și analizează visele. Intenția este să facă visele să prindă viață și să fie eliberate ca și cum s-ar întâmpla acum. Visul este interpretat în prezent și cel care visează devine parte în propriul vis”. (Theory and practice of counseling and psychotherapy, Gerald Corey).*

Fiecare detaliu al visului reprezintă un fragment al personalității, care, pentru a deveni integrală, unitară, fără conflicte, presupune reunirea diferitelor fragmente și proiecții onirice. Pentru a ajunge la catharsis, nu este suficientă relatarea conținutului visului, ci este necesară reactualizarea lui. Clienții sunt încurajați să se relaxeze și să intre imaginar în decorul oniric, ca și cum visul s-ar desfășura chiar în momentul prezent. Focalizându-se asupra senzațiilor corporale și a emoțiilor resimțite, el trăiește acțiunea și se identifică pe rând, cu fiecare detaliu, indiferent de aparenta sa insignifianță. Pacientul se substituie fiecărui obiect sau persoană, în special celor legate de momentul emoțional culminant al visului.

*“Conceptul de proiecție al lui Perls este central în teoria lui despre formarea viselor; fiecare persoană și obiect din vis reprezintă un aspect proiectat al visătorului. Perls a sugerat că << începem prin presupunerea imposibilă că ceea ce credem că vedem în altă persoană sau în lume nu este altceva decât o proiecție >>” (“Theory and practice of counseling and psychotherapy”, Gerald Corey).*

Rolul terapeutului este acela al unui regizor: clientul odată intrat în scenariul visului, trebuie ghidat pentru a conștientiza care sunt trăirile, comportamentele, scopurile persoanelor sau ale obiectelor respective, care nu sunt altceva decât multiple proiecții ale sinelui. Terapeutul oferă feed-back și provoacă pacientul să se implice cât mai intens, chiar dacă se confruntă cu scene terifiante ori jenante. Pentru a extrage concluzii și interpretări valide, este

necesară analiza mai multor vise și a componentelor lor: actuala situație de viață și reminiscentele zilei precedente, teme și motive comune, conflicte psihologice conștiente curente și conflicte psihologice profunde, inconștiente.

*“Clienții nu se gândesc și nici nu își analizează visul, ci îl folosesc ca un scenariu și experimentează dialogul între diverse părți ale visului.” (“Theory and practice of counseling and psychotherapy”, Gerald Corey).*

În toate aceste exerciții se acordă atenție în special comunicării nonverbale care are ca scop deblocarea semnificativă a celor mai profunde modalități de interacțiune umană, afective și constructive, anulând intelectualizarea și evitând funcția defensivă a limbajului.

#### **4.2.4 Relația terapeutică**

*“Perls era un tip carismatic și o personalitate dominatoare care, odată ce a devenit foarte cunoscut, și-a atras clienții care au simțit, probabil, că au de câștigat din abordarea de confruntare. Totuși, el a susținut intens dialogul democratic dintre terapeut și client, dar realitatea era că el controla procesul terapeutic în cea mai mare parte a timpului.” (“Theory and practice of counselling and therapy”, Richard Nelson-Jones).*

Relația terapeutică presupune existența a patru caracteristici ale dialogului:

- **Includerea**, aceasta înseamnă a-l pune pe fiecare în pielea altuia, fără a-l judeca, analiza sau interpreta, în timp ce își păstrează simultan sensul prezenței sale separate, autonome, ca martor sau observator focalizat. Se practică, în alți termeni,

un mod de a-l experimenta pe celălalt, de a-l simți și trăi din interior.

- **Prezența**, terapeutul se exprimă pe sine clientului, i se dezvăluie, se face simțit de către acesta prin observații, preferințe, sentimente, experiențe trăite aici și acum, gânduri. Împărtășindu-și propria experiență, ceea ce simte, îl ajută pe client să învețe să aibă încredere, evitând să interpreteze și să dea soluții. Prezența vie a terapeutului facilitează dezvoltarea prezenței autonome, implicate și active a clientului, evitând dependența terapeutică, atât de frecventă în alte terapii.

- **Responsabilitatea în a dialoga** este mai mult decât a face ceva unul pentru altul, este ceva ce se întâmplă între doi oameni și care rezultă din interacțiunea dintre ei. Terapeutul are răspunderea modului în care se desfășoară dialogul, abandonându-se pe sine și implicându-se în interacțiune, dar implicându-l în egală măsură și pe client să devină responsabil de acest dialog. Aceasta permite contactului să se realizeze, mai degrabă decât să fie manipulat în scopul urmăririi unui rezultat.

- În terapia Gestaltistă, **dialogul este** mai mult decât „a vorbi”, el este mai ales **trăit, simțit, experimentat pe viu**, în minte și în trup deodată. De aceea, modalitățile de dialog sunt foarte diverse și dinamice, putând implica mijloace expresiv-artistice: dansul, mișcarea simbolică expresivă, ritmuri, sunete, muzică și cuvânt. Metafora, în expresie verbală, ritmic-melodică sau corporală, devine unul dintre instrumentele cheie în dialogul gestalt-terapeutic. Toate aceste modalități de comunicare declanșează și mobilizează energiile dintre participanți, punându-le în mișcare.

*“Perls era preocupat, în cea mai mare măsură, să ajute clienții care nu-și permiteau să-și saboteze creșterea fiind falși (un cuvânt important în vocabularul lui). O expresie caracteristică pentru relațiile lui Perls cu clienții săi era <<o dragoste dură>>. ”(“Theory and practice of counselling and therapy”, Richard Nelson-Jones).*



În cadrul relației, terapeutul trebuie să se deschidă empatic pacientului, pentru a crea un canal comun de comunicare, să își împărtășească experiențele, folosind același limbaj și aceleași semnificații. Abordarea terapeutică este directivă, pentru că nu toți pacienții dispun de un nivel intelectual și de capacitate imaginativă superior dezvoltate.

Psihoterapeutul îl asistă pe pacient să perceapă realitatea ca pe un întreg și să descopere principiile sale de structurare. Împreună introduc o ordine care să dea sens și semnificație unor experiențe disparate, care, la prima vedere, par a nu avea nici o legătură între ele. Clienții sunt asistați pentru a trece de la o poziție de dependență (inclusiv față de terapeut) la o stare de auto-susținere adaptativă și funcțională.

*“Relația lui Perls cu clienții era paradoxală, pentru că el milita pentru responsabilitatea personală, dar în același timp, își asuma el însuși responsabilitatea cea mai importantă pentru procesul terapeutic. Toți terapeuții gestalt-iști au privit relația terapeutică ca una <<lucrativă>>, mai curând decât una <<vorbită>>. În această relație lucrativă, atât terapeuții, cât și clienții sunt auto-responsabili: primii pentru calitatea prezenței și a auto-conștientizării lor, a cunoștințelor și abilităților față de client și pentru menținerea unei stări deschise și nedefensive; ultimii, pentru angajamentul lor de a lucra pentru a își controla din ce în ce mai bine viața, prin dezvoltarea unei mai mari auto-conștiențe.” (“Theory and practice of counselling and therapy”, Richard Nelson-Jones).*

Procesul creativ în terapia gestaltistă pune în evidență un terapeut artist, care trebuie să dispună de o gamă largă de exerciții care pot fi propuse, deoarece setul de tehnici nu este predeterminat. Terapeutul gestaltist trebuie să fie o persoană matură, fără a încerca să fie responsabil și pentru ceilalți, altfel el va fi ușor de manipulat de către clienții care îi solicită sprijinul.

#### 4.2.5 Formatul ședințelor

Solicitarea terapiei apare mai ales în situațiile de impas existențial, crize de identitate, tulburări de adaptare socială, tulburări emoționale, fiind indicată persoanelor cu tulburări fobice, somatoforme, dar pot beneficia de ea și persoanele interesate de optimizare și dezvoltare personală.

Terapia gestaltistă se poate desfășura atât sub forma terapiei individuale, cât și a celei de grup, a terapiei maritale, dar și a adolescenților și a copiilor. Durata este variabilă, de la câteva luni la un an sau chiar mai mult, în funcție de particularitățile clientului, ale problemei și de terapeut. Ședințele sunt săptămânale, fără a exista un format tipic. Ele se construiesc în funcție de spontaneitatea și creativitatea terapeutului, utilizând tehnici pentru a dezvolta capacitatea de conștientizare a clientului.

#### 4.2.6 Limite și tendințe

Perls nu a fost acceptat de către reprezentanții psihologiei gestaltiste, astfel legătura invocată dintre psihologia și terapia gestaltistă rămâne sub semnul îndoielii.

*“Spre sfârșitul vieții lui, Perls (1969) nota că el consideră gestalt terapia ca una dintre cele trei tipuri de terapii existențialiste, celelalte fiind logoterapia lui Frankl și terapia dasein a lui Binswanger. Clienții care veneau pentru gestalt terapie erau într-o criză existențială și trebuiau să învețe să-și asume responsabilitatea pentru existența proprie. Perls considera că toate celelalte filozofii existențialiste au preluat concepte din alte surse: Binswanger din psihanaliză, Tillich din protestantism și Sartre de la comunism. Gestalt terapia este*

*singura abordare existențialistă, care se bazează pe propriile concepte deoarece formarea gestalt – urgența nevoilor- este un fenomen biologic primar.” (“Theory and practice of counselling and therapy”, Richard Nelson-Jones.)*

Din cadrul terapiei Gestalt lipsește o teorie clară, bine definită și de ansamblu asupra dezvoltării umane. În absența acesteia, problematica psihologică având originea în procesul de dezvoltare, este lipsită de explicații teoretice solide în cadrul de lucru Gestalt. A nu avea la dispoziție acele constructe pune terapeutul într-o postură lipsită de fundament teoretic în elaborarea celui mai eficient proces în munca terapeutică cu acei clienți afectați de traume sau deficiențe de dezvoltare. Încercările de a schimba acest aspect au fost destul de modeste din partea terapeuților Gestalt, care susțin, însă, că vor exista demersuri în viitor.

Anumiți teoreticieni și practicanți consideră terapia Gestalt ca fiind limitată în confruntarea cu forme mai severe de disfuncții psihologice, cu precădere psihoze și tulburări de personalitate (Crocker, 1999; Latner, 1986; Yontef, 1993). Alții, însă, asumă o poziție opusă și pretind că terapia Gestalt este, în mod special, indicată în tratamentul tulburărilor de personalitate (Greenberg, 1995; Shub, 1999). Yontef (1993) raportează din propria experiență că Perls a demonstrat o abilitate extraordinară de a stabili raport cu pacienții psihotici, cu care alții nu au reușit să comunice.

Pentru cazurile acute, în care este indicată intervenția de criză (ex. ideatie suicidală sau homicidală), la fel ca și în cazul indivizilor suferind de tulburări severe ale dispoziției și/sau abuz de substanțe, Gestalt terapia ar putea avea un potențial redus de eficacitate. Nivelul motivațional poate, de asemenea, reprezenta un determinant negativ asupra rezultatului.

În terapia gestaltistă manifestările psihopatologice nu sunt evaluate prin teste și interviuri înainte de a începe terapia, ceea ce reduce considerabil din valoarea dezvoltării unei teorii asupra psihopatologiei.

O altă limitare, poate chiar cea mai importantă, se leagă de faptul că terapeuții Gestalt utilizează propria persoană ca și context terapeutic al schimbării. Disponibilitatea terapeuților Gestalt, de a fi prezenți în timpul contactului terapeutic, necesită un angajament personal puternic de aderare la principiile Gestalt și un grad înalt de auto-conștientizare. Până la un anumit nivel, însă, terapeutul are propriile sale aspecte nerezolvate, iar prin aceasta devine incapabil să se angajeze în contact la modul autentic, astfel eficiența terapeutică va fi afectată.

Din perspectiva behavioristă, o altă critică are ca obiect absența unui model sistematic al comportamentului uman. Nu s-a dovedit empiric faptul că dezvoltarea conștientizării are ca rezultat cert adaptarea funcțională a pacientului. Controverse a ridicat și relația pacient-terapeut, care are un caracter prea vag și nu este suficient de bine precizată, lăsând loc interpretărilor subiective personale.

În vreme ce gestaltismul clasic se focaliza, în special, pe dezvoltarea conștiinței de sine și dobândirea armoniei dintre individ și mediul său, gestaltismul contemporan se centrează pe conștiința relației cu sinele, cu ceilalți, cu lumea, punându-se un accent mai puternic pe natura relației terapeutice.

*“ Mulți dintre terapeuții gestalt-iști au dezvoltat o relație mai orizontală cu clienții decât a făcut-o Perls. De la moartea lui, practica s-a schimbat în multe alte moduri și continuă să se ramifice. Terapeuții contemporani sunt mai buni, mai plini de compasiune și își sprijină mai mult clienții ” Theory and practice of counselling and therapy, Richard Nelson-Jones.)*

În abordările eclectice, este indicată utilizarea tehnicilor din terapia gestaltistă care au și susținere empirică.

## **4.3      Terapia existențialistă**

### **4.3.1 Scurt istoric**

Din filosofia contemporană, psihologii umaniști integrează ideile fenomenologiei și ale existențialismului, de altfel existențialismul era și prima filosofie care se centra pe ființa umană, pe destinul ei în lume.

Psihoterapia existențialistă este o abordare puțin cunoscută în psihopatologie și insuficient delimitată conceptual de gândirea fenomenologică.

Baza acestei orientări terapeutice o reprezintă ideile și principiile filosofiei existențialiste europene – așa cum au fost ele enunțate de Sore Kierkegaard, urmat de Martin Heidegger și Jean Paul Sartre – care au fost structurate pentru a contura o abordare clinică a terapiei. Acești filosofi existențialiști vorbesc despre omul ca entitate unică, irepetabilă, activă și cu o capacitate nelimitată de creștere și dezvoltare, ca fiind o ființă în devenire și niciodată finită.

Spre deosebire de psihanaliză – care s-a dezvoltat în jurul figurii marcante a lui Freud – ori de terapia centrată pe persoană – construită în practica lui Rogers - psihoterapia existențialistă nu este dominată de numele unui singur terapeut.

*“ Terapia existențialistă nu are o singură sursă de autoritate. Nu are un fondator, nici un Freud sau Rogers, care să îi ofere o abordare teoretică și practică comună. Mai curând, încă de la primele decade ale secolului 20, abordările existențialiste ale terapiei au apărut spontan – și, uneori – independent - în diverse părți ale Europei de Vest și în SUA. În al doilea rând, baza filozofică, pe care practica acestui gen de terapie se bazează -*

*filozofia existențialistă - este, ea în sine, extraordinar de diversă. Și, în plus, înșiși practicanții, care își trag seva din aceste idei, își au originile în foarte diferite credințe și curente de gândire. În al treilea rând, scriitorii filozofici existențialiști sunt extraordinar de complecși și dificil de înțeles. Astfel că, interpretările - și, uneori, interpretările eronate - a ceea ce filozofii au spus, au adus cu sine o foarte mare diversitate a aplicațiilor terapeutice. În al patrulea rând, așa cum au arătat Schneider și May (1995), terapeuții existențialiști și-au risipit energia reacționând împotriva abordărilor tradiționale - în special a psihanalizei.” (“Existential Therapy”, Mick Cooper).*

Între precursorii acestei abordări se numără Ludwig Binswanger (a propus metoda de analiză a sinelui urmând ideile filosofice a lui Heidegger – Dasein, sau “a-fi-în-lume”) și Medard Boss, care în anii ’60, urmând exemplul filosofilor existențialiști, au făcut cunoscută perspectiva lor terapeutică, de confruntare conștientă cu aspectele întunecate, dar pline de semnificație ale vieții. Ulterior, ideile lor au fost preluate de câțiva psihoterapeuți americani (Rollo May și James Bugental), care le-au sistematizat și îmbogățit cu experiențe personale și cazuri clinice.

*“Este oarecum un paradox faptul că una din primele încercări de a dezvolta o abordare existențialistă a terapiei se bazează pe unul dintre curentele de gândire cele mai recente. Analiza Dasein se trage exclusiv din ultimile lucrări ale lui Heidegger și, în consecință, plasează o mare importanță pe ajutorul acordat clienților în deschiderea propriei lumi. Acest fapt o face să fie foarte distinctă în contextul celorlalte terapii existențialiste. De asemenea, ceea ce o face foarte distinctă este adâncimea și amplitudinea cu care a criticat fundamentele teoretice ale psihanalizei clasice freudiene.” (“Existențial Therapy”, Mick Cooper).*

Confruntarea cu diferențele interculturale în percepția și reprezentarea fenomenului morții, îl determină pe May să susțină

că lumea occidentală suferă din cauza negării și refuzului morții. Acceptarea ei ar îmbogăți și dezvolta conștiințizarea propriei existențe. Pentru Sartre, angoasa rezultă din sentimentul necunoașterii consecințelor opțiunilor noastre – angoasa alegerii. Dilema umană – în opinia filosofiei existențialiste – constă în faptul că omul este simultan subiect (care simte, dorește) și obiect în raport cu situațiile externe. Dobândirea conștiinței de sine este însoțită de conștiința necesității de a acționa într-un fel sau altul.

*“<<Ce este terapia existențialistă?>> Cu trecerea timpului, mi-am dat seama de ce îmi este atât de greu să răspund la această întrebare: pentru că termenul de terapie existențială a fost folosit în legătură cu atât de multe și diferite practici terapeutice. În timp ce pentru Yalom(1980) psihoterapia existențialistă încuraja clienții să înfrunte <<îngrijorările ultime ale existenței - moartea, libertatea, izolarea, lipsa de sens>>, van Deurzen (2002) își încuraja clienții să exploreze cele patru dimensiuni ale ființei lumești: fizică, personală, socială și spirituală. Similar, în timp ce abordarea umanist-existențială a lui Bugental (1978) îi îndemna pe clienți să se concentreze asupra experiențelor subiective, Frankl (1984) îi orienta să se centreze pe responsabilitatea față de ceilalți. Mai curând, poate fi cel mai bine înțeleasă ca o paletă bogată în care se intersectează practici terapeutice, care se orientează toate în jurul unei singure preocupări: existența umană trăită”. (“Existențial Therapy”, Mick Cooper).*

Fiecare individ se confruntă cu decizii care îi vor afecta tot restul vieții, fără să știe dinainte cu certitudine care vor fi consecințele lor, trăind astfel sub semnul nesiguranței și al culpei de a fi făcut alegerea greșită. Capacitatea de a lua decizii reprezintă o caracteristică definitorie a maturității personalității și o afirmare a curajului, a capacității și a voinței de a acționa independent, în sensul stăpânirii anxietății spre atingerea libertății și a integrării personale. Tillich, în 1952, susținea că fiecare aspect al lumii este investit cu un rost, cu un înțeles pentru fiecare

persoană, iar absența semnificației vieții generează anxietate. Atunci când această structurare semnificativă se dezintegrează, apare neputința omului de a se orienta în propria existență.

O altă sursă care produce anxietate este, în opinia lui Bugental, singurătatea ființei umane și izolarea ei; oricât de mult am căuta intimitatea celorlalți, niciodată nu vom putea fi în locul lor sau ei în locul nostru. Împărtașirea experiențelor ne ajută să ne apropiem de ei, dar întotdeauna va exista o piedică în înțelegerea deplină a celorlalți. Mai mult, alegerea propriei direcții și crearea unei semnificații personale în viață poate să ne îndepărteze de ceilalți, iar aceasta perspectivă a respingerii duce la disconfort psihic.

*“Dintr-o perspectivă existențialistă, frica și vina - precum și alte sentimente negative, precum disperarea, oroarea, neliniștea și simțul absurdității- sunt răspunsuri la realitatea condiției noastre umane. S-a argumentat că foarte puțini dintre noi întâmpină cu plăcere apariția unor asemenea sentimente. Mai curând, încercăm să le liniștim și o facem închizând un ochi realității existenței noastre, pretinzându-ne că lucrurile stau altfel decât în realitate. Heidegger se referă la această auto-relaționare ca fiind <<inautentică>>, în timp ce Sartre scrie despre <<auto-înșelăciune>>”. (“Existențial Therapy”, Mick Cooper).*

Toate aceste condiții existențiale pun în lumină o caracteristică definitorie a ființei umane: limitarea. *Moartea* reprezintă limita vieții, *accidentele* – limita puterii și a cunoștințelor noastre, *pierderea semnificației* – limita valorilor în care credem, *singurătatea* – limita empatiei, iar *respingerea* – limita controlului pe care îl deținem asupra altei persoane. O existență autentică nu se realizează prin evitarea și negarea limitelor, pretinzând a fi altcineva (atotputernic, atotștiutor, nemuritor), ci prin conștientizarea, confruntarea și încercarea de a



le face față. Persoana nu rămâne astfel cantonată la nivel de obiect determinat și controlat de forțele destinului sau ale hazardului, ci își asumă atitudinea de subiect activ al schimbării.

Analiza existențială actuală distinge patru motivații existențiale fundamentale (Lăngle, 1994), care trebuiesc împlinite pentru ca persoana să poată ajunge la o existență autentică și ferm întemeiată:

1. *Putința de a fi pur și simplu* - propriul temei de a fi prin intermediul percepției și cogniției ajungându-se la „încrederea fundamentală”;

2. *Putința de a resimți ca atrăgător tot ceea ce este valoros* – răspunsul la întrebarea „Eu trăiesc, dar îmi place să trăiesc?”, prin intermediul emoției se ajunge la „valoarea fundamentală” reprezentată de viața însăși;

3. *Putința și permisiunea de a fi Eu însumi* - răspunsul la întrebarea „Eu sunt, dar am voie să fiu așa cum sunt?”, prin intermediul atitudinii și identificării se ajunge la „valoarea proprie”;

4. *Voința (dorința) de sens* - răspunsul la întrebarea „Eu sunt aici – de ce este bine acest lucru?”, prin acțiune, dăruire și consacrare se ajunge la „sensul vieții”.

Această nouă și complexă teorie motivațională furnizează analizei existențiale actuale un instrument teoretic propriu, în baza căruia poate fi abordată și psihodinamica, ea devenind astfel o metodă și o doctrină psihoterapeutică completă.

În plan teoretic se conturează tot mai clar o rescriere a psihopatologiei (în sensul analizei existențiale), bazată pe filosofia existențialistă și fenomenologică în centrul căreia se situează conceptul de *existență*, concept înțeles ca trăirea și crearea de către om a valorilor în lume.

Conform analizei existențiale se descriu patru premise ale existenței (Lăngle, 1997):

1. capacitatea de a accepta condițiile vieții (atât raportarea la realitate cât și capacitatea de a avea încredere);
2. a trăi cu propria simțire (relații și valori);
3. valorizarea a ceea ce este individual și unic (respect față de felul, libertatea și demnitatea persoanei, chiar și a celei proprii);
4. a acționa și a se angaja pentru ceea ce dă sens.

Astfel, perspectiva teoriei comportamentale și a psihodinamicii se modifică diametral, omul încercând a se face înțeles nu doar ca o ființă condusă sau mânată de condiționări și forțe inconștiente, ci și ca una esențial atrasă de valorile prezente și posibile în lume. Omul ca persoană tinde a trece dincolo de sine, a se consacra și dăruia altora (lucruri, oameni, responsabilități) pentru ca astfel să dobândească împlinirea sa existențială. Analiza existențială poate fi definită astfel ca „o psihoterapie fenomenologic-personală al cărei scop este de a ajuta persoana să ajungă la o trăire liberă (spirituală și emoțională), la atitudini autentice și la un comportament responsabil față de viață și lumea sa“ (Längle, 1998).

#### 4.3.2 Teoria psihopatologiei

*“Karl Jaspers , în lucrarea sa << Psihopatologia generală>>, publicată pentru prima oară în 1913, a încercat să se îndepărteze de observațiile științifice detașate și explicațiile cauzale ale <<fenomenelor fizice anormale>> și să descrie aceste fenomene ca experiențe trăite conștient, orientate spre găsirea sensului”. (“Existențial Therapy”, Mick Cooper).*

Fundalul filozofic existențial, specific analizei existențiale, îi atestă “persoanei” capacități fundamentale caracteristice, care în procesul terapeutic pot fi abordate și

mobilizate. Netrăirea acestor capacități fundamentale atrage după sine “sentimentul de vid existențial” care mai devreme sau mai târziu, duce la suferință și tulburări psihice. Aceste tulburări au rostul și pot fi văzute ca simptomatice pentru pericolul existențial în care se află omul respectiv. Înțelegerea nosologică, în analiza existențială este întotdeauna raportată la existență.

Nu există boală psihică în concepția existențialistă, ci numai situații problematice și impasuri existențiale, ceea ce înseamnă pierderea sensului existenței, ca urmare a scăderii și reprimării potențialului uman. Impasul existențial este considerat un fenomen ontologic, iar nevroza expresia disperării existențiale. Anxietatea, teama, panica și sentimentul de culpabilitate apar datorită unei subestimări a propriei persoane sau a neacceptării condiției umane, fapt ce duce la depersonalizare și apatie, la situații limită ce determină o existență umană alienată, absurdă, izolată și lipsită de sens.

Principala țintă a terapiei existențialist-fenomenologice o constituie disfuncționalitatea modalităților prin care oamenii încearcă să evite angoasa.ANGOASA poate fi astfel înțeleasă și ca pierderea sentimentului eu-lui în raport cu realitatea obiectivă; ea se instalează pentru că lumea valorilor cu care persoana se identifică este amenințată. În loc să accepte realitatea, adesea oamenii preferă să o respingă, ori să o nege, ceea ce duce la dezvoltarea nevrozei. În manifestările patologice, persoana devine un obiect al temerilor și al amenințărilor, nu mai deține controlul asupra faptelor sale pentru că voința sa nu mai este independentă, ci a devenit strâns legată de sursa generatoare de anxietate.

*“Yalom (1980) descrie două strategii particulare prin care indivizii pot încerca să se apere de conștiința propriei morți. Prima dintre ele este credința că este special. Indivizii scapă de ideea propriei finitudini prin autoconvingerea că ei sunt unici și speciali, în timp ce mortalitatea se aplică altor oameni, ei fiind*

*excepții ordinii naturale. O asemenea rezistență se poate manifesta în diverse forme. Printr-o asumare compulsivă a riscului, de exemplu, încearcă să-și demonstreze că sunt singurii invulnerabili la amenințarea morții. Comportamentul agresiv și concentrat pe control poate fi un alt mod prin care oamenii încercă să-și dovedească superioritatea asupra celorlalți, și, deci, unicitatea. Conform lui Yalom, altă manifestare a apărării gen<< Eu sunt special>> poate fi dependența de muncă, prin care indivizii încearcă să atingă o poziție unică pe scara ierarhică, fiind astfel deasupra abisului mortalității. O a doua strategie identificată de Yalom este cea a << salvatorului ultim>>, credința că o ființă - Dumnezeu, un părinte, un doctor sau chiar terapeutul - îl va salva cumva din ghearele non-existenței infinite.” (“Existențial Therapy”, Mick Cooper).*

Negarea sau “minciuna” poate să se manifeste la oricare nivel al existenței. Toate mecanismele defensive, indiferent de denumirea lor (proiecție, regresie, negare, etc.), nu sunt altceva decât forme ale minciunii care, cu timpul, au trecut la nivel inconștient și au devenit obisnuite.

Poate cel mai obișnuit nivel la care apare minciuna este “pentru-ceilalți”. Într-o anumită măsură, abilitatea de a juca diverse roluri este considerată drept naturală, apreciată și încurajată chiar în societatea noastră, însă ea devine o problemă atunci când sunt sacrificate în favoarea altora atitudinile, sentimentele și convingerile personale.

Negarea la nivelul subiectiv al experienței este mai complexă; într-o prima etapă, care de multe ori se dezvoltă în copilărie, persoana are conștiința neadevărului, după care treptat ajunge să creadă propriile proiecții. Prin acceptarea minciunii, ca parte a ceea ce o definește, persoana devine responsabilă pentru pierderea oportunităților de a fi autentică și pentru apariția sentimentului de vinovăție existențială.

*“În ultimii ani, Schneider (Schneider and May, 1995; Schneider, 1999) a încercat să dezvolte un model integrat al anxietăților și rezistențelor existențiale. Influențat parțial de noțiunea lui Kierkegaard de <<finitudine și infinitudine>>, precum și de remarca lui May asupra << polarității fundamentale tuturor realităților>>, Schneider sugerează că toate experiențele umane conțin o polaritate expansiv- constructivă. La capătul polului constructiv se află experiența de micime, limitare și sentimente, gânduri și senzații de <<cădere>>. Este asociat cu cuvinte de genul retragere, diminuare, cădere, golire și încetinire. La capul polului expansiv, pe de altă parte, este experiența de măreție, cuvinte, gânduri și senzații de continuitate explozivă. Este asociată cu cuvinte de genul câștig, lărgire, dispersare, ascensiune, umplere sau accelerare. Schneider (1999) argumentează că, în cazurile de psihopatologie, indivizii tind să se auto-restricționeze la un pol al acestei polarități sau să se miște cu sălbăticie între extreme. << Disfuncțiile hiperconstructive>> (indivizii care își permit să experimenteze micimea) includ agorafobia, depresia și trăsăturile personalității dependente, în timp ce << disfuncțiile hiperexpansive>> (indivizi care își permit să experimenteze numai măreția) includ mania, impulsivitatea și claustrofobia. Amestecul de hiperconstructiv- expansiv (indivizii care se mișcă între extrema de micime și măreție) include depresia maniacală și schizofrenia”. (“Existențial Therapy”, Mick Cooper).*

O caracteristică esențială a psihopatologiei constă în alterarea percepției dimensiunilor spațio-temporale, care pot fi cel mai bine ilustrate de practica psihiatrică, astfel s-a constatat de exemplu, că fuga de idei din manie înseamnă tocmai o derulare cu o viteză foarte mare a timpului și că, în stările de melancolie, are loc încetinirea ritmului fundamental al trăirii psihice.

În 1970, Keen menționa și alte caracteristici, și anume:

- *deteriorarea viitorului*, ceea ce înseamnă că persoana crede și simte că viața și lumea înconjurătoare au o traiectorie descendentă, că deteriorarea sau alterarea reprezintă starea finală

a tuturor aspectelor realității. Aceasta concepție se traduce prin pierderea speranței, neajutorare, deprimare și în final indiferență.

- *presiunea viitorului* către atingerea unor obiective, tendință observabilă la acele persoane care își promet că într-o bună zi vor începe să trăiască cu adevărat. Până atunci ei fac economii (financiare, de timp liber, ori de planuri de viitor), ceea ce îi împiedică să trăiască în mod autentic. Ei se comportă ca și cum semnificația vieții ar fi dată de aspecte exterioare – averi, titluri, poziții sociale – și nu de luarea deciziilor importante în plan personal.

- *viitorul - fantezie*, persoanele visând la momentul în care lucrurile se vor schimba dintr-o dată, în mod radical. Această fantezie bazată pe întrebarea “ce ar fi dacă..?” deschide în fața persoanei o multitudine de alternative (iluzorii de altfel) și neagă faptul că prezentul este rezultatul deciziilor și alegerilor făcute în trecut și că viitorul crește din angajamentele pe care ei și le iau acum.

- *omniprezența trecutului*, care reprezintă o tulburare comună în multe manifestări psihopatologice și reflectă regretele intense pe care le prezintă o persoană față de evenimentele trecute. Trăind în minte cu ipoteticul “ce ar fi fost dacă..”, ea nu-și poate accepta greșelile și nu și le poate integra în dezvoltarea personală.

Într-o existență naturală și autentică, persoana trebuie să conștientizeze faptul că nu are la dispoziție decât momentul prezent, că trecutul și viitorul au o anumită semnificație și o anumită influență, doar prin prisma clipei de acum. Atât trecutul, cât și viitorul devin potențiala realitate numai prin reprezentările actuale la nivel mental. Trecutul are înțeles doar pentru că ne iluminează prezentul, iar viitorul pentru că îl aprofundează și îl îmbogățește.

### 4.3.3 Relația, intervenția și practica terapeutică

*“Cei mai mulți practicanți ai terapiei existențialiste ezită să discute despre tehnici de terapie, pentru că intervențiile tehnice sunt, deseori, văzute fie ca artificiale, fie false, diminuând autenticitatea întâlnirii existențiale... Această întâlnire este cel mai bine articulată de relația Eu-Tu de către Buber. Terapeutul este conducătorul în această întâlnire. Fiind alături de client în momentul imediat, terapeutul existențialist devine partener alături de acesta, spre autodescoperire și creștere. În esență, întâlnirea terapeutică ușurează creativitatea, expansiunea conștiinței sau conștientului și autodezvoltarea”. (“Counseling and psychotherapy theories in context and practice: skills”, Rita Sommers-Flanagan).*

**Relația terapeutică** este una directă și poate fi rezumată prin formula “a fi împreună”, în care cei doi își împărtășesc experiențele de viață. Rolul terapeutului este acela de a-l ajuta pe pacient să-și identifice rezistențele și să preia controlul asupra schimbărilor din viața sa, mai degrabă decât să caute noi moduri de schimbare.

Terapeutul nu intervine în exprimarea procesului decizional pentru a favoriza o direcție sau alta; el are rolul de a clarifica aspectele pe care le prezintă fiecare opțiune cu care se confruntă clientul și de a-i facilita acestuia însușirea conștiinței a bogăției și a complexității propriei experiențe de viață.

Demersul terapeutic pune accentul pe formarea unei relații autentice, în care clientul este încurajat să devină conștient de propria persoană în calitate de subiect, liber să se exprime chiar dacă are alte opinii decât terapeutul și poate chiar să decidă momentul în care va finaliza ședințele.

*“Orientarea existențialistă susține că nu există scăpare în fața libertății așa că întotdeauna vom fi responsabili. Putem să scăpăm de libertate, însă acest lucru este un act de*

*neautenticitate supremă. Acest gen de terapie are scopul de a își ajuta clienții să își confrunte anxietățile și să se angajeze în acțiuni al căror scop este crearea unei existențe valoroase.... Bugental(1990) identifică trei țeluri ale terapiei: asistarea clienților în recunoașterea că nu sunt în întregime prezenți în procesul terapeutic; să-i ajute să-și înfrunte anxietățile; să-i ajute să se redefiniească pe ei înșiși și lumea lor, astfel încât contactul cu viața să fie veritabil”. (“Theory and practice of counseling and psychotherapy”, Gerald Corey).*

### **Intervenția terapeutică**

În demersul terapeutic de tip existențialist, sunt puțin obișnuite procedurile formale de evaluare și diagnostic, iar accentul se pune pe colaborarea deschisă și onestă a pacientului, care se focalizează asupra auto-dezvăluirii. Din afirmațiile semnificative ale pacientului, obținute prin interviu sau chestionare, terapeutul extrage semnificațiile generale, fundamentale, clusterii de teme și idiosincraziile, pe care le integrează într-o descriție reflectivă, adecvată a fenomenului investigat, într-un format neechivoc.

În cadrul abordării existențialist-fenomenologice există o serie de aspecte importante de avut în vedere încă de la prima ședință cu clientul:

1. Clientul pe care terapeutul îl întâlnește este clientul care întâlnește terapeutul. Nu există un client pur și simplu. Dacă doi terapeuți întâlnesc același client, nu este vorba despre același client;

2. Ceea ce clientul spune terapeutului, îi spune doar acestuia. Unui alt terapeut clientul ar putea împărtăși cu totul altceva;

3. Nu există o istorie de considerat, deoarece nu există istorie pur și simplu. Istoria clientului este ascunsă în procesul interacțiunii client-terapeut.



4. Rezultă că nu poate fi vorba despre o evaluare, aceasta ar implica o situație obiectivă, independentă de timp, loc, contribuția și evaluarea terapeutului.

Toate aceste considerații se nasc din accentul pus de către existențialiști asupra contextului și distorsionării și falsificării ca efecte inerente oricărei încercări de a izola un aspect particular din ansamblul situației cărei îi aparține.

*“Intervenția practicanților acestui gen de terapie se bazează pe ideile lor filozofice despre natura esențială a existenței umane. Ei preferă descrierea, înțelegerea și explorarea realității subiective a clientului, în opoziție cu diagnosticul, tratamentul și prognoza (van Deurzen). Așa cum Vontress (2008) spune << Terapeuții existențialiști preferă să fie văzuți ca niște companioni de filozofie, nu ca oameni care repară psihicul>>.” (“Theory and practice of counseling and psychotherapy”, Gerald Corey).*

Remediul pentru simptomatologia psihopatologică este autenticitatea, la care se poate ajunge prin dezvoltarea conștiinței de sine și asumarea responsabilității. Terapia existențialistă nu urmărește, în primul rând, eliminarea anxietății, ci transformarea aspectelor sale psihopatologice în manifestări ce pot fi încadrate în categoria normalului.

Etapele presupuse de procesul terapeutic din analiza existențială sunt:

- prelucrarea emoției și cogniției din impresie și trăire;
- prelucrarea integrativ-biografică a atitudinilor personale;
- descoperirea formelor de expresie autentice și corespunzătoare situației;
- exersarea și realizarea unui comportament încărcat de sens.

După finalizarea terapiei, clientul va putea tolera și conștientiza anxietatea, dar se va și adapta în mod constructiv.

Procesul de conștientizare se realizează prin aplicarea de tehnici psihanalitice și rogersiene, terapeutul asistându-l pe client într-un proces similar asociației de idei, denumit însă *experimentare liberă*.

Subiectul este încurajat să se exprime liber și sincer, referitor la tot ceea ce trăiește în momentul actual, să își interpreteze activ trecutul prin filtrul relațiilor sale actuale, al aspirațiilor și obiectivelor sale viitoare. Pacientul devine, astfel, conștient de faptul că este prins într-un tipar existențial rigid și repetitiv (viitorul fantezist, omniprezența trecutului etc.) și că există disfuncționalitate la un anumit nivel al personalității sale.

*“Van Deurzen (1997) ne amintește că terapia existențialistă este o aventură a cooperării prin care, atât clientul, cât și terapeutul, se vor transforma, dacă își dau voie lor înșiși să fie atinși de viață.” (“Theory and practice of counseling and psychotherapy”, Gerald Corey).*

O altă metodă utilizată este confruntarea în care terapeutul reacționează onest și autentic la informațiile prezentate de client. Confruntarea existențialistă diferă de cea psihanalitică prin faptul că terapeutul își dezvăluie propria experiență și nu reflectă, pur și simplu, numai experiența clientului.

Este posibil ca subiectul să încerce, în virtutea stilului neautentic de “a-fi-cu-ceilalți”, manipularea terapeutului pentru a-l atrage de partea sa. Dacă pacientul întreabă: “nu crezi că a te înfuria reprezintă o reacție imatură?”, în mod subtil, implicit, îl presează pe terapeut să fie de acord cu el, dar primește din partea acestuia un răspuns sincer: “nu, uneori mă înfurii și nu mă simt ca un copil”. Autenticitatea terapeutului, prin dimensiunea sa verbală și experiențială provoacă în procesul confruntării conștientizarea simptomelor clientului și totodată, a alternativelor de “a-fi-în-lume” prin schimbarea modului de a trăi.

*“Ora de terapie este o mică contribuție la angajamentul reînnoit al persoanei față de viață sau o repetiție pentru viață (van Deurzen, 2002).” (“Theory and practice of counseling and psychotherapy”, Gerald Corey).*

Terapeutul trebuie să lase la o parte opiniile și convingerile personale și să înțeleagă lumea din perspectiva clientului, concentrându-se pe experiența sa imediată, pe percepția și pe semnificația acesteia. Existențialismul acceptă semnificația trecutului în viața oamenilor, dar se abține de la presupunerea unui determinism cauzal între evenimentele trecute și experiențele prezente.

Al doilea proces, prin care se urmărește dobândirea unei existențe autentice, îl reprezintă luarea deciziilor. Încă din primele sedințe, clienții se confruntă cu o serie de alegeri (legate de persoana terapeutului, de implicarea în schimbare, de subiectele abordate, de durata terapiei ș.a.m.d), pe care, după ce le-au conștientizat, trebuie să și le asume.

Ideea alegerii din perspectiva existențialist-fenomenologică a fost deseori înțeleasă în mod eronat, omul având libertatea nelimitată de a alege cum și cine să fie. De fapt, ființa umană poate influența relația sa cu destinul, prin deciziile pe care le ia, prin libertatea de a alege cum anume să răspundă la evenimentele impredictibile și de neevitat. Libertatea personală se exprimă prin exercitarea voinței în hotărârile critice ale vieții, analizând fiecare opțiune și alegând una dintre ele, cu responsabilitate și curaj, chiar cu riscul de a greși și de a suporta consecințele. May îl citează pe Tillich care susține că “omul nu devine cu adevărat uman decât în momentul deciziei”.

Clientul este încurajat să nu se considere o victimă a psihopatologiei și să-și folosească abilitățile și capacitățile de care dispune pentru a crea alternative raționale, într-o situație

existențială aparent irațională. Numărul mare de opțiuni reprezintă o sursă de incertitudine și nehotărâre, individul urmând să ia acea decizie, care, în opinia lui, are consecințele cele mai valoroase, iar semnificația să se integreze armonios în proiectul personal al vieții. Atâta timp cât proiectul ales dispune de obiective clare, de reguli și strategii de acțiune, el va putea da sens vieții. Pe lângă intenția de a îndeplini un anumit proiect, trebuie să existe și corespondență în acțiune, prin efortul depus, concret și consecvent, în vederea atingerii obiectivelor.

În acest punct, se impune distincția dintre proiectele autentice și cele neautentice.

Cele dintâi descriu sfera tematică a unei persoane conștiente de libertatea de care dispune în luarea deciziilor și care se bazează pe o puternică motivație intrinsecă și pe evaluarea rațională a experienței sale. Indiferent de alegere, proiectul este autentic atâta timp cât reprezintă o expresie congruentă a ceea ce simte și crede persoana.

Proiectul neautentic de viață nu este descoperit de persoană –care, motivată din exterior își preia rolul prescris de alții - ci este acceptat, pentru că “așa trebuie”, pentru că toată lumea face la fel și în consecință, nu are de ales.

## **Practica terapeutică**

Acest tip de terapie este recomandat în special pacienților care își conceptualizează problemele și tulburările prin prisma dilemelor și impasurilor existențiale și nu ca aspecte ale patologiei. Modelul este eficient pentru indivizii care se simt suprasolicitați de contextul social, ori sunt într-un punct de criză, confruntându-se cu moartea, izolarea, inutilitatea sau alte modificări dramatice în viața personală.

Deși prezentată adesea ca o terapie destinată celor cu o capacitate intelectuală și lingvistică superioară, abordarea de tip existențialist se centrează, în special, pe dorința și abilitățile

pacienților de a-și exprima atitudinile, sentimentele și perspectivele asupra vieții. Astfel, este mult mai importantă capacitatea de a verbaliza în mod direct și deschis experiențele de viață. Cea mai mare parte a terapiilor existențialiste se adresează indivizilor și mai puțin grupurilor sau familiilor.

*“Terapia existențialistă își continuă preocuparea paradoxală legată de polarități ținând seama de sensibilitate și diversitate. Pe de o parte, însă, din cauză că pune accentul pe sancționarea experienței individuale și descoperirea sinelui unic, este uneori gratificată ca fiind abordarea terapeutică cea mai sensibilă la etnoculturalitate. Pe de altă parte, feministele și multiculturaliștii se plâng frecvent că existențialismul este o teorie promovată de Europeanul alb, mort și bogat. Așa cum Prochaska și Norcross arată << Numai în existențialism și în filme, oameni posedă cu adevărat libertate nelimitată, construindu-și propriul sens și făcând alegeri libere. Păstrați-l pentru bogați, cei neliniștiți cu adevărat>>”. (“Counseling and psychotherapy theories în context and practice: skills”, Rita Sommers-Flanagan).*

Asemenei psihanalizei, terapia existențialistă se desfășoară pe o perioadă îndelungată de timp, de la câteva luni până la un an, fără a se înregistra până acum intenția de a propune și o variantă mai scurtă. Frecvența ședințelor este săptămânală, dar poate fi și de mai multe ori pe săptămână, cu o durată de 50 de minute; în cazurile în care clientul se confruntă cu o criză existențială, terapeutul poate interveni și prelungi durata ședinței până la câteva ore, dacă este într-adevăr nevoie.

*“Într-o anumită măsură, relația terapeutică are ca scop unificarea relației Eu-Tu. Terapeutul și clientul vor experimenta acest lucru, atunci când proiectul lor comun se îndreaptă spre o îndeplinire onestă a aspirațiilor clientului. În asemenea momente, vor recunoaște că au în comun grija de a descoperi*

*adevărul despre motivația umană și înțelegerea scopului vieții. Unitatea simțită momentan nu este cea a identificării sau a recunoașterii semenului. Este apropierea de genul Eu-Tu. Este ceea ce se numește, de obicei, empatie.” (“Existențial counselling & psychotherapy în practice”, Emmy Van Deurzen).*

Orientarea existențialistă și-a dovedit eficacitatea în domeniul sănătății, în consilierea multi-culturală și a grupurilor minoritare. Primii susținători ai terapiei existențialiste au avut în principal o pregătire psihanalitică; treptat însă, generațiile următoare au fost influențate semnificativ și de alte orientări, în special de cele umaniste, adleriene sau gestaltiste, astfel încât au adus inovații și alternative viabile teoriei initiale, precum logoterapia și gestalt-terapia.

## **4.4 Logoterapia**

### **4.4.1 Teoria**



**Victor Frankl**

*“Deoarece logoterapia este orientată în jurul unor teme existențialiste cheie, se poate spune că rar își găsește inspirație în scrierile unor filosofi existențialiști. O importantă excepție este aplecarea lui Frankl spre lucrările fenomenologice ale lui Max Scheler. Frankl declara clar că, în timp ce <<lucrările lui Binswanger fierb ca rezultat al aplicării conceptelor Heideggeriene în psihiatrie.. . logoterapia este rezultatul aplicării conceptelor lui Max Scheler în psihoterapie>>”. (“Existential therapies: using evidence for policy and practice”, Mike Cooper)*

Logoterapia este o terapie existențială unică a sensului care a fost dezvoltată de către psihiatrul, autor și supraviețuitor al Holocaustului Viktor Frankl. Trăind ororile holocaustului Frankl a putut sesiza anumite particularități și diferențe între cei care reușit să supraviețuiască și aceia care nu au supraviețuit. După experiența dramatică din anii petrecuți în lagărele naziste și emigrarea sa în Statele Unite la finele celui de-al doilea război mondial, a pus bazele acestei noi orientări existențialiste, care pune accent pe dezvoltarea voinței de a înțelege semnificația realității și de a descoperi motivele pentru care viața merită să fie trăită.

Dintre sursele generatoare de anxietate existențială, logoterapia (logos = cuvânt, sens, înțeles, principiul ordonator al Universului) se focalizează asupra absenței semnificației vieții, care duce la apariția stării de “vacuum existențial”.

#### **4.4.2 Cei trei pilastri ai Logoterapiei**

Conform lui Frankl (1967) și Lukas (1998), logoterapia este clădită pe trei pilăștri de bază, sau trei asumptii fundamentale. Acestea sunt:

1. Sensul vieții;
2. Libertatea voinței;
3. Dorința de sens.

Corespunzător fiecăruia dintre aceste principii fundamentale sunt aspecte filozofice, antropologice și psihoterapeutice, concepte care se regăsesc în logoterapie.

### **1. Sensul vieții — Logoterapia ca filosofie**

Filosofia sensului vieții pornește de la convingerea de bază că viața are un sens în mod necondiționat, care nu poate dispărea în nici o împrejurare. Cu alte cuvinte viața, are sens în orice situație, chiar și în cea mai mizeră și de aceea fiecare particulă, fiecare viață și fiecare experiență de viață conține un potențial sens. Este posibil ca acest sens să nu fie mereu vizibil percepției și comprehensiunii umane, iar aceasta deoarece suntem ființe finite. Totuși, este întocmai această *finitudine* care reprezintă o provocare pentru noi, ce poate fi depășită doar printr-o expectanță necondiționată de sens al vieții.

Suferința vieții de zi cu zi, resimțită ca durere, sentiment de culpă, moarte sau pur și simplu aspirația ființei umane către o înțelegere a vieții și a locului său în această viață, ne aduce în fața unei dileme: Întrebarea este: *Reprezintă existența doar o masă de nonsens sau este o masă de sens absolut?*

În logoterapie, a fi uman înseamnă a fi liber să decizi în mod conștient ce atitudine să asumi față de evenimentele vieții tale.

Logoterapia respinge Nihilismul, Reducționismul, Pandeterminismul, Solipsismul, Psihologismul, Spiritismul și Colectivismul.



Potrivit lui Frankl, a fi liber și conștient, înseamnă a fi responsabil: responsabil pentru propria viață, pentru viața celorlalți, pentru viață în general. Logoterapia oferă în mod necondiționat o viziune pozitivă asupra vieții.

## **2. Libertatea voinței – Fundamentul antropologic al logoterapiei**

*“...Libertatea voinței se opune unui principiu care caracterizează cele mai recente abordări ale ființei umane, respectiv determinismul. În realitate se opune la ceea ce eu numesc pan-determinism, Până la urmă, libertatea voinței înseamnă libertatea voinței umane, iar voința umană este aceea a unei ființe umane finite. Libertatea umană nu este libertatea față de condiții, ci libertatea de a lua atitudine și de a se confrunta cu orice condiții i-ar putea ieși în cale.” (Frankl, 1988).*

Abordarea existențialistă a lui Frankl pornește de la natura existenței umane. În identificarea acelor modalități semnificative de a răspunde mediului, ființele umane nu posedă doar zestrea genetică și comportamentul învățat pe care să se bazeze. Aceste componente sunt importante, însă, dincolo de ele, ființele umane trebuie să decidă în favoarea valorilor în baza cărora vor să acționeze. În momentul în care optează pentru una dintre valori, de exemplu sacrificiul de sine pentru binele copiilor, ei devin această valoare prin intermediul acțiunilor lor, ei transpun această posibilitate în realitate.

**Ex-istența**, în sens uman, înseamnă ridicarea deasupra planului bi-dimensional, de la ceea ce este dat la ceea ce poate fi. Frankl afirma că:

*“Existența este un fel de a fi, caracteristic ființelor umane, ceea ce nu înseamnă o ființă efectivă, ci un mod facultativ de a fi. Nu este un mod unic de a fi care nu se schimbă niciodată, așa cum*

*persoanele nevrotice au tendința de a interpreta la modul eronat, ci este posibilitatea de a te auto-schimba mereu.” (Frankl, 1994).*

Oamenii sunt unicele ființe care se pot depăși în căutarea obiectivelor încărcate de sens și valoare. Dincolo de corp și minte ei sunt înzestrați cu libertatea de a alege să exploreze și să ia decizii asupra direcției faptelor lor, chiar dacă acest lucru presupune a acționa în numele unei credințe mai presus chiar decât ei înșiși.

Cheia pentru a înțelege conceptul lui Frankl de libertate a voinței este includerea unei a treia dimensiuni a existenței umane. În vreme ce suntem limitați în corp și minte și/sau influențați de mecanisme fizice și fiziologice, există o dimensiune unic umană care ne permite să ne auto-depășim în procesul de căutare al sensului.

Aceasta dimensiune este numită dimensiunea **noetică** [Noos—de la cuvântul grecesc însemnând spirit, tradus ca “Minte”]—astfel noțiunea lui Frankl de **dimensiune a spiritului** reprezintă o coordonată unică în abordarea antropologică a ființei umane. (Ungar, 1999).

### **3. Dorința de sens – Logoterapia ca teorie psihoterapeutică**

Conceptul motivațional al dorinței de sens înseamnă că fiecare ființă umană este inspirată de o năzuință și o dorință puternică pentru semnificație. (Lukas, 1998):

*“Este văzută ca motivația noastră principală de a trăi și a ne comporta și este mai profundă decât dorința de plăcere sau putere. Atunci când găsim sens în viață, suntem dispuși să îndurăm orice suferință. Pe de altă parte, dacă nu găsim nici o*

*semnificație, chiar și o viață în bunăstare va părea goală și în zadar. (Barnes, 1995).*

Toți vor să aibă succes și să realizeze ceva important în viață.

*Homo Sapiens*, scrie Frankl, vede și gândește doar în termeni de succes și eșec. Această modalitate dihotomică de măsurare și evaluare a nivelului succesului nostru, îl poate face pe om vulnerabil la imprevizibilitate sau la evenimentele care scapă controlului nostru.

În afara gândirii lui *Homo Sapiens*, Frankl (1984) introduce gândirea lui *Homo Pacient*— ființa umană aflată în suferință, ca o altă dimensiune, aliniată vertical cu axa de gândire “succes-sau-eșec.” Această axă are de a face cu sensul unui demers: la un capăt al axei, descoperim “sensul” și la celălalt, “disperarea”.

Pentru *Homo Pacient*, “eșecul” devine tolerabil atunci când se încadrează într-un context cu semnificație. Chiar dacă eforturile sale nu au fost încununate de succes, dar efortul său a vizat căutarea unei sarcini cu sens, acea persoană va fi salvată de la disperarea existențială. Pe de altă parte, chiar și viața celei mai de succes persoane va părea goală și inutilă fără un simț al sensului și al scopului.

Aceste două axe sunt cunoscute sub numele de “crucea lui Frankl” în care se pot conceptualiza patru segmente: (1) Succes cu sens; (2) Succes care se simte “gol” și conduce la disperare; (3) Eșec cu sens și (4) Eșec fără sentimentul sensului, care conduce la disperare.

Gradul în care oamenii țințesc către obținerea puterii, succesului, fericirii, sau chiar al controlui, în loc să împlinească ceea ce are sens, este tocmai gradul în care ei devin susceptibili pentru nevroză și alte suferințe.

Fie ca teorie specifică în tratamentul frustrărilor existențiale sau a sentimentului lipsei de sens; fie ca o terapie ne-specifică în tratamentul tulburărilor anxioase, al afecțiunilor de natură endogenă sau al bolilor somatice, la fel precum în prevenția afecțiunilor de sănătate mentală, logoterapia se bazează pe dorința de sens a fiecărui individ.

*“Logoterapeuții cred că fiecare situație pe care un individ o întâlnește are o semnificație unică și adevărată și este responsabilitatea fiecărui individ să descifreze care este adevăratul înțeles, înainte ca situația și potențialitatea ei să fie pierdută pentru totdeauna.” (“Existential therapies: using evidence for policy and practice”, Mike Cooper).*

Ceea ce contează nu sunt evenimentele trăite, ci atitudinea pe care o avem față de acestea și care ne oferă suferința ori bogăția vieții.

Se conturează astfel libertatea voinței pentru că, în pofida tuturor condiționărilor, fiecare om este liber să își aleagă atitudinea cu care își înfruntă vitregiile vieții pentru a-și transcende destinul.

*“Evident, că o asemenea viziune este similară cu noțiunea lui Sartre care spune că ființele umane sunt libere să își aleagă semnificația și valorile în fiecare situație. Dintr-un punct de vedere, acest enunț poate fi considerat, într-o mare măsură, determinist. Dar, totuși, în centrul abordării logoterapiei stă credința că ființele umane sunt fundamental libere.” (“Existential therapies: using evidence for policy and practice”, Mike Cooper).*

#### **4.4.3 Strategii terapeutice**

În ceea ce privește conținutul terapiei, acesta este similar, în mare parte, cu clasică analiză existențială – chiar dacă Frankl acordă un rol mai important semnificației vieții – dar se apropie sub anumite aspecte de forma și terapia de tip scurt, în special de cea adleriană. Ideile filosofice sunt discutate într-o manieră deschisă, caldă, tolerantă, dar terapeutul îl va și provoca pe client să ia parte la *dialogul socratic* sau la o serie de exerciții de *confruntare*, *interpretare* și *persuasiune*, pentru a-i facilita conștientizarea momentului prezent și descoperirea semnificației specifice, a libertății și a responsabilității personale.

*“Ca parte a analizei socratice a Țelurilor și semnificațiilor de bază ale clientului, logoterapeuții pot utiliza o gamă largă de tehnici improvizate și creative. Fabry (1980) sugerează să li se ceară clienților să joace sau să picteze acele părți din ei în care vor să se transforme.” (“Existențial therapies: using evidence for policy and practice”, Mike Cooper).*

Viktor Frankl (1967) este cel care a dezvoltat și a aplicat în practică strategiile paradoxale. Termenul de *paradoxal* desemnează o formă *directivă* de intervenție, care are ca obiectiv o acțiune voluntară a pacientului. Această tehnică îi dă pacientului impresia că deține controlul asupra terapiei și implicit și asupra manifestărilor disfuncționale. Există două categorii de intervenție paradoxală: *prescrierea simptomului* (intenția paradoxală) și *interzicerea acțiunii asupra simptomatologiei (dereflecția)*.

### **Prescrierea simptomului**

Această intervenție și-a dovedit eficiența întrucât permite pacientului să se confrunte direct cu temerile sale, prin acceptarea și experimentarea, conștient și deliberat, a simptomelor. Prin schimbarea comportamentului obișnuit, de tip evitant, cu unul de auto-eficacitate și auto-control, clienții pot descoperi că acțiunea

anticipată nu corespunde realității concrete, că prin dobândirea libertății interioare ei pot întrerupe cercul vicios și pot evita întărirea și fixarea simptomelor.

Pacienților, care acuză anxietate, li se recomandă să își amplifice trăirea anxioasă, să observe astfel senzațiile corporale și gândurile specifice din situația respectivă, pentru a învăța cum pot să tolereze și să controleze anxietatea.

*“Unui tânăr doctor îi era frică să transpire atunci când se întâlnea cu oamenii. De fiecare dată când se intersecta cu cineva care îi declanșa anxietatea anticipată, era încurajat să-și spună << Am transpirat numai un litru înainte, dar acum am să vărs cel puțin zece litri.>> După o singură sesiune de intenție paradoxală, s-a eliberat de fobia care dura de patru ani.” (“Theory and practice of counselling and therapy”, Richard Nelson-Jones).*

Prescrierea simptomului este o intervenție construită pe un nivel ridicat de participare a pacientului la terapie și este recomandată celor cu un coeficient redus de reactivitate și pentru care simptomatologia nu prezintă și avantaje secundare.

### **Interzicerea acțiunii asupra simptomatologiei**

Această a doua intervenție de tip paradoxal pornește de la premisa conform căreia atitudinea terapeutului de acceptare necondiționată a pacientului (pe care nu-l forțează să se schimbe), facilitează procesul de modificare terapeutică. Prin această tehnică terapeutul îi comunică pacientului că nu are intenția să îl constrângă să facă schimbările pentru care încă nu se simte pregătit: “nu vrem să ne grăbim”, “o vom lua încetisor, pas cu pas”.

*“ Așa cum intenția paradoxală încerca să contraatace hiperintenția (intenția excesivă), derefecția dorește să atace hiper-*

*reflecția (atenția excesivă). Frankl (1988) consideră că tendința compulsivă la auto-observare este o problemă particulară în SUA. Intenția paradoxală încerca să-i asiste pe clienți în ridiculizarea propriilor simptome, în timp ce derefecția îi ajută să le ignore.” (“Theory and practice of counselling and therapy”, Richard Nelson-Jones ).*

Interzicerea de către terapeut a oricărei modificări în apariția și manifestarea simptomelor solicită o reacție naturală din partea pacientului, care va căuta să își modifice simptomatologia, “în ciuda” terapeutului. Astfel, orice schimbare minimă se datorează numai deciziei și inițiativei clientului, căruia îi revine întreaga responsabilitate.

Tehnica este recomandată pacienților reactivi, rezistenți și defensivi la intervenția terapeutică și cu anumite avantaje secundare simptomelor. Anticiparea reapariției simptomelor permite – în cazul adevăririi – o evoluție firească și necatastrofală a terapiei; iar, dacă pacientul se ameliorează și simptomele nu reapar, demersul și-a dovedit cu atât mai mult, eficiența.

Utilizarea tehnicilor paradoxale trebuie să țină cont de mai mulți factori: în primul rând relația terapeutică trebuie să fie optimă, terapeutul să aibă o conceptualizare clară a problemei și, împreună cu pacientul, să urmărească obiective comune. Aceste intervenții nu sunt recomandate pentru persoanele care se află în situații de criză, care au fost victimele unui abuz sau au potențial auto- sau hetero-agresiv.

Umorul reprezintă una dintre modalitățile de detașare și de creștere a controlului asupra problemei; această tehnică s-a dovedit a fi eficace (în 80-90% din cazuri) și are efecte imediate – totuși, utilizarea ei trebuie făcută cu precauție, ea fiind interzisă în cazul clienților cu risc suicidal și la cei cu schizofrenie.

Rolul terapeutului este acela de a extinde clientului orizontul semnificațiilor pentru evenimentele din trecut, prezent și viitor, în mod creativ, experiențial și atitudinal.

*“Frankl utiliza termenul <<minister medical>> în definirea modului în care logoterapeuții abordează cazurile somatogenice, în care cauza somatică nu putea fi îndepărtată. El credea că este responsabilitatea profesiei medicale de a îi consola pe cei bolnavi. A nu se confunda ministerul medical cu ministerul pastoral... Logoterapia clienților cu depresii endogene și psihoze are ca scop lucrul cu părțile neafectate de boală, pentru a-l ajuta în găsirea semnificației atitudinii pe care ei au față de suferință. Este extrem de demoralizant să crezi că suferința nu are nici un sens.”. (“Theory and practice of counselling and therapy”, Richard Nelson-Jones)*

O sursă importantă de semnificații o reprezintă valoarea pe care persoana o acordă realizărilor sale, evenimentelor existențiale precum și atitudinilor adoptate față de situații aparent de neînțeles. Logoterapia nu poate fi practică fără a înțelege spiritul uman sau dimensiunea spirituală a existenței umane.

Pornind de la modelul inițial propus de logoterapie, în ultimii ani s-au dezvoltat noi tendințe în psihoterapie, care se focalizează în principal pe abordarea sistematică a valorilor și a semnificațiilor personale (J. Crumbaugh, 1973, co-autorul testului “Obiectivului vieții” – Purpose in Life Test).

*“Logoterapia poate fi folosită și în zona nevrozelor noogenice, care își au originea în spirit. Pentru că nevroza nu e cauzată de evenimente trecute, ele nu vor răspunde psihoterapiei ortodoxe. Nevrozele noogenice sunt cauzate de conflicte ale conștiinței sau coliziuni ale valorilor din prezent și pot manifesta aceleași simptome ca ale nevrozelor psihogene – boala fizică sau dereglări psihologice precum depresiile sau frica. O cercetare mondială a arătat că, aproximativ, 20% dintre toate nevrozele*



*sunt noogenice.” (“Transpersonal psychotherapy”, Seymour Boorstein).*

De asemenea, pentru eficientizarea demersului terapeutic și științific, s-a propus conceptualizarea spiritului uman sub forma resurselor personale, care stau la dispoziția fiecăruia și contribuie la mobilizarea mecanismelor de rezistență la stres. Principiile logoterapiei se regăsesc în parte în noi abordări psihoterapeutice, precum consilierea și terapia centrată pe semnificație și care integrează procese cognitiv-comportamentale și narrative, susținute empiric de cercetările realizate.

#### **4.4.3.1 Limite și tendințe**

##### **Limite**

Literatura de specialitate cuprinde puține studii și cercetări riguroase care să ateste eficacitatea terapeutică deoarece adesea modelul existențialist a fost prezentat ca neinteresat de aspectele practice ale terapiei. În fapt însă, el urmărește o metodologie descriptivă și a avut un rol major în dezvoltarea abordărilor de tip calitativ în cercetare. Existențialismul este o abordare psihoterapeutică la fel de “rațională , coerentă și sistematică, ca oricare alta”. (Yalom 1980)

*“Probabil că acuzația cea mai dură care i se aduce logoterapiei este faptul că are conotații autoritare (May 1978; Yalom, 1980). Într-adevăr, van Deurzen întreabă << dacă o asemenea abordare direcționată poate fi observată la toate metodele existențialiste sau este mai mult un fel de consiliere pastorală și metodă didactică de comportament>>. Logoterapeuții nu sunt împotriva obiceiului de a-și instrui clienții să gândească într-un anumit mod, sau utilizării tehnicilor sau liniilor de argumente care să influențeze puternic credințele, sentimentele și alegerile*

*clienților.” (“Existential therapies: using evidence for policy and practice”, Mike Cooper).*

Un alt aspect controversat se referă la faptul că, deși include în repertoriul său practic atât de multe tehnici psihanalitice, terapia existențialistă respinge fundamentul lor teoretic și consideră că toată responsabilitatea asupra manifestărilor psihopatologice le revine clienților. În fine, o ultimă critică vine dintr-o perspectivă contextuală, care susține că psihoterapia de tip existențialist este o terapie individuală, de tip elitist, care ignoră realitatea concretă și contextul cotidian al societății actuale.

În ceea ce privește logoterapia, situația este asemănătoare. Tehnica intervenției paradoxale s-a dovedit a fi la fel de eficientă ca și alte modalități terapeutice tradiționale, însă cercetările respective nu au urmărit eficiența logoterapiei, ci aplicarea – în diverse cazuri – a unui grup mai larg de tehnici, care includeau și metoda propusă de Frankl. Acest refuz de a raporta experiența subiectivă la standardele cercetării empirice ilustrează poziția logoterapiei vis-à-vis de metodele experimentale, considerate ca fiind nejustificate în studiul ființelor umane.

Această atitudine de respingere a evaluării științifice încurajează neasumarea de către terapeut a responsabilității de evaluare a eficienței demersului său și subiectivitatea criteriilor de apreciere a terapiei.

## **Tendințe**

Conceptele de bază ale existențialismului – semnificație, libertate, responsabilitate, autenticitate, decizie – au fost încorporate în majoritatea sistemelor psihoterapeutice contemporane și stau la baza practicii clinice, fără a fi recunoscute în mod explicit.

Evoluția și dezvoltarea sa ulterioară se află însă sub semnul echivocului: absența suportului empiric o va îndepărta din paleta serviciilor oferite populației, însă atât timp cât vor mai fi psihoterapeuți cu orientări filosofice și clienți stăpâniți de anxietate existențială, acest sistem se va menține ca o orientare terapeutică distinctă.

Bogata ofertă de terapii de tip scurt, centrate pe problemă, pe soluții, ș.a.m.d poate – în mod paradoxal - stimula dorința clienților de a se angaja într-o terapie profundă, pe termen lung, care le permite să își exploreze viața interioară într-o manieră comprehensivă.

*“Cum poate fi utilizată experiența transpersonală în logoterapie [experiențe în care sensul identității sau al sinelui se extinde dincolo de individ și persoană, pentru a cuprinde aspecte mai largi ale umanității, vieții, psihicului și cosmosului n.a.]?*

*Fabry crede că logoterapeuții se confruntă continuu cu dificultăți în motivarea clienților lor în a accepta ipoteza unei semnificații ultime și în a le ascuți simțurile, pentru a-i face capabili să răspundă la <<darurile pline de semnificație ale momentului>>. El crede că experiențele transpersonale, atât ale terapeutului, cât și ale clientului, sunt printre cele mai eficiente moduri de a oferi această motivație. În experiențele transpersonale, conștiința ordinii devine <<imediat evidentă>>, chiar dacă poate dura doar un moment și, apoi, uitată sau reprimată. .. Fabry trage concluzia că orice împrejurare imaginabilă poate să illumineze înțelesul, oricare dintre următoarele putând fi conținutul experienței transpersonale: autodescoperirea, alegerea, unicitatea, responsabilitatea și transcedența. Pentru Fabry însuși și pentru clienții lui, aceste cinci zone sunt cu adevărat transpersonale pentru că ele <<conduc –chiar dacă numai pentru un moment – la conștiința existenței unei ordini>>”. (“Transpersonal psychoteraphy”, Seymour Boorstein).*

## 4.5 Psihodrama - Jakob Levi Moreno



**Jakob Levi Moreno**

Psihodrama este creația lui Jakob Levi Moreno, considerat unul dintre primii terapeuți orientați acțional, creatorul terapiei în echipă, al abordărilor de grup și maritale, pionier în tratamentul psihozelor.

Moreno s-a născut la București în 1889, era primul născut dintre șase copii, familia lui a emigrat în 1894 la Viena. După ce a studiat medicina și s-a specializat în psihiatrie.

Este un fapt interesant că Moreno nu a fost influențat de școala lui Freud și nici de persoana lui Freud și prin urmare nu a acceptat ideea că inconștientul este sursa exclusivă a oricărei tulburări psihice. În schimb, teoriile lui Moreno că o tulburare actuală poate fi consecința unei situații actuale fără legătură directă cu inconștientul, a influențat mulți elevi ai lui Freud

Moreno a respins settingul terapeutic folosit de Freud și anume, pacientul culcat pe canapea, iar terapeuții, fără contact vizual cu acesta, la capul său. "Setting-ul" lui Moreno este în grup, este acțional, deschis, creativ și direct.

*"Întâlnirea cu Freud a pregătit scena pentru atitudinea de mai târziu față de psihanaliști. Probabil că a suferit destul de mult la vremea lui din cauza faptului că nu a avut loc să-și dezvolte propriile idei și probabil că era invidios pe Freud, așa cum Iacov din Biblie era invidios pe fratele lui geamăn mai mare. Viziunea lui despre psihoterapie era atât de diferită de a lui Freud, încât îi era greu să discute despre psihanaliză din punctul de vedere al lui Freud. Moreno era interesat mai mult de procesele conștiente, de aici și acum, de creativitatea persoanei,*

*decât de procesul inconștient, de trecut și de rezistență a <<pacientului>>”. (“Jacob Levy Moreno, 1889-1974”, Rene Marineau).*

Moreno a lucrat mulți ani cu copiii și a manifestat un mare interes pentru modul de exprimare liber al acestora. “Jucându-se”, Moreno inițiază așa numitul “teatru liber de copii”, în care ei pot juca orice rol le trece prin minte.

Cu un spirit de observație deosebit, Moreno remarcă faptul că, prin joc, copii își exprimă problemele în mod deschis, creativ și sincer, fără a se afla în context terapeutic. Moreno mai observă cum acești copii, după ce termină “teatrul”, preiau unele moduri de comportament mai potrivite pentru viața lor de zi cu zi.

*Prin aceste observații el concluzionează faptul că “jocul de teatru” are un efect pozitiv, dacă subiectul este îndrumat să joace “rolul” care reprezintă “problema” sau “insuficiența” lui, acesta va găsi soluția în “joc”, ceea ce nu reușește să facă în viața “reală”. “Moreno a recunoscut că, în societatea modernă, idealul unei vieți, în întregime spontană și creativă, este greu de atins și a dezvoltat tehnici de teatru Improptu, și în cele din urmă, metoda psihodramei. După 1931, s-au dezvoltat ambele tehnici, psihodrama și sociometria, în contextul general al psihoterapiei”. (“Jacob Levy Moreno, 1889-1974”, Rene Marineau)*

Moreno începe să scrie despre aceste observații și utilizarea lor în forma terapeutică, pe care o numește psihodramă și pune baza conceptului terapeutic

*“Modelul lui a avut rădăcina în “Teatrul Spontaneității”, care a început la Viena în 1921. Aici, actori neprofesioniști improvizau povești pe baza titlurilor din ziare sau a altor evenimente sugerate de audiență, care era invitată să împărtășească din experiența ei, atunci când se analizau rolurile jucate. În aceste*

*interacțiuni intense de a da și a lua, Moreno a observat că problemele personale influențează atât alegerea, cât și maniera de prezentare a subiectului, că atât actorii, cât și publicul au observat un catarsis, o eliberare a sentimentelor psihologice reținute. Așa s-a născut psihodrama.” (“Masters of the mind: exploring the story of mental illness from ancient times to the new millennium”, Theodore Millon, Seth Grossman, Sarah E. Meagher).*

#### **4.5.1 Conceptul psihodramei**

Comportamentul uman este, în mare parte, dominat de rolul care ni-l asumăm în mediul social. Prin roluri se dezvoltă sinele, presupune Moreno. Rolul este un mod activ și cuprinzător în toate domeniile de comportament social și reflectă structura sinelui. Multe forme terapeutice au preluat elemente din sfera conceptuală a lui Moreno, de exemplu Perls în Gestalt Terapie, Kurt Lewin, Eric Berne în Terapie Tranzacțională și alții.

*“În psihodrama lui Moreno, câțiva pacienți și cel puțin un terapeut jucau într-o serie de scene, nerepetate, în care își asumau roluri care simulau oameni importanți din viața lor reală. Pacienții erau încurajați să elibereze și să exprime, cu intensitate dramatică, sentimente și gânduri, care, în mod evident, nu puteau fi exprimate în conversațiile zilnice ale unei relații problematice. Intenția era să îi ajute pe pacienți să-și descarce sentimentele reprimite și să testeze reacții noi, mai libere.” (“Masters of the mind : exploring the story of mental illness from ancient times to the new millennium”, Theodore Millon, Seth Grossman, Sarah E. Meagher).*

Moreno a proclamat teoria individului ca atom social, care se mișcă în Universul vieții, univers definit de patru componente:

**1. Spațiul-** adică totalitatea spațiului în care se mișcă individul (fizic, sociologic și psihologic). Acest “spațiu” poate fi reconstruit pe scena teatrului și prin rolul preluat de individ într-un cadru rearanjat.

**2. Timpul-** după principiul “aici și acum”, în care trecutul și viitorul sunt incluse în timpul prezent, adică totul comprimat într-o piesă de teatru, de durată minimă, în care individul joacă un rol al vieții sale, forțat să se rezume la esențialul problemei și fiind limitat de timp.

**3. Cosmos** - este contextul general și ansamblul în care individul se dezvoltă și găsește moduri creative de a-și dezvolta sinele în interrelația cu ceilalți.

**4. Realitatea** este întotdeauna în legatura cu timpul și cosmosul și este “jucată” într-o piesă de teatru sau într-o scenă de teatru, nu ca realitate zilnică, dar conține toate elementele realității zilnice “fizice”; individul, însă, este forțat să joace rolul până la capăt, fără posibilitatea de retragere, dar cu șansa de soluționare pe loc.

#### 4.5.2 Catharsis în psihodramă. Scenariul

Un aspect principal al psihodramei este Catharsis-ul, adică efectul vindecător al retrăirii și reacționării active la experiențele tulburătoare sau nocive din realitatea zilnică, acestea sunt mai eficiente dacă “jocul” se petrece într-un grup, care reflectă și reacționează la “jocul” individului.

*“...atât timp cât individul nu va fi capabil să apeleze la creativitatea necesară pentru a face față schimbării, un dezechilibru se va manifesta și își va găsi expresia cea mai măreată în relațiile interpersonale și ale rolurilor jucate de el însuși. Cu cât gama dezechilibrului este mai largă, cu atât mai*

*mare devine nevoia de catarsis- purificare”. („The essential Moreno: writings on psychodrama, group method, and spontaneity”, Jacob Levy Moreno, Jonathan Fox).*

Elementele principale ale jocului de teatru în psihodramă sunt:

- **Scena** reprezintă spațiul în care persoanele lucrează asupra lor însele, în postura de membru al grupului sau protagonist, poartă numele de spațiu terapeutic. Scena este separată și limitată de cameră sau spațiul extern, este aranjată minimalist cu recuzită, toate obiectele sunt plasate, pe cât posibil, doar în fantezia participanților, protagonistul joacă scene din trecut, vise, din viitor, își exprimă frica, grija, agresivitatea sau altă emoție, jucate cât se poate de în amănunt și cât se poate de real.

- **Protagonistul** este persoana – subiect al reprezentării psihodramatice, este autor și actor principal, în mijlocul grupului el pune în scenă, în mod spontan, “problema”. Împreună cu terapeutul și grupul, acesta se angajează în explorarea acțională a lumii sale interioare. Scenariul este cât să poate de spontan, neplănuț și reflectă problemele, conflictele și fricile sale. Prin gestică, mimică și comportament se încercă atingerea unui grad înalt de emoționalitate reală, iar prin reacția grupului se încearcă obținerea unei retrăiri autentice a problemei, dar și căutarea de soluții creative și pozitive pentru protagonist.

*“Subiectul este pus pe scena psihodramatică și i se dă oportunitatea să-și trăiască viața așa cum și-ar dori să o trăiască. O viață este condensată într-o oră sau două și calitatea fragmentată a existenței, dincolo de teatru, este redusă la proporțiile la care suntem capabili să ne exprimăm experiențele esențiale ale existenței noastre.” („The essential Moreno: writings on psychodrama, group method, and spontaneity”, Jacob Levy Moreno, Jonathan Fox).*



- **Conducătorul jocului** sau directorul este un terapeut profesionist, ce conduce ședința în toate etapele ei, este regizorul care încearcă, prin ghidarea și atenția sa, să ofere protagonistului un joc și un rol cât se poate de intens și emoționant, el va prelucra și analiza verbal, împreună cu protagonistul și grupul, în timpul jocului sau după, cele petrecute în timpul jocului.

- **Co-actorii** reprezintă orice membru al grupului, în afară de director, ales de protagonist să joace un rol pe scena sa; îl asistă pe protagonist în explorarea problemei sale. Aceștia au rolul de a fi “Ego-uri auxiliare” adică părți ale Eul-ui protagonistului și vor interpreta persoane simbolice, importante pentru protagonist, precum tata, mama, partener etc., sau doar vor fi exemplare ale unei realități: șeful rău, șeful bun sau alte instanțe de control sau emoție ca Eul agresiv, Eul timid, Eul depresiv. În faza de prelucrare, de împărtășire, co-actorii vor vorbi despre sentimentele lor și despre punctele lor de vedere, “de trăire” ale scenei, unii vor afirma că au probleme asemănătoare, unii vor povesti cum s-au simțit la o scenă sau la alta. Conducătorul va analiza și interpreta cele întâmplate.

- **Spectatorii** sau auditoriul este format din restul membrilor grupului neimplicați direct în reprezentație, care, atunci când este ales protagonistul, se retrag din spațiul scenei în spațiul numit auditoriu. Ei vor fi un fel de public pentru protagonist și co-actori, ei vor exprima, la faza de prelucrare ceea ce au simțit și au observat în timpul jocului.

*“Am aflat că persoanele care au fost martore la o reprezentare psihodramatică, deseori, au fost foarte tulburate. Uneori, au părăsit teatrul eliberați, ca și cum era problema lor, pe care tocmai au văzut-o cum evoluează pe scenă. Experiențe ca acestea ne-au adus aminte de viziunea aristotelică a catarsisului care are loc în spectator, dar, dintr-un punct de vedere și o perspectivă diferite”. („The essential Moreno: writings on*

*psychodrama, group method, and spontaneity”, Jacob Levy Moreno, Jonathan Fox).*

Rolul spectatorilor este de importanță majoră, ei fiind doar aparent pasivi, având tot timpul pentru a observa în mod activ și atent scenele.

- **Technici** puse la dispoziție: acestea sunt unelte ale conducătorului pentru a analiza, cuantifica, califica, prelucra, procesa, întrebări, probleme, aspecte inter și intrarelaționale și a le evidenția pentru protagonist și grupul de co-actori și dacă este nevoie și pentru spectatori.

*“ A devenit un fapt acceptat de terapia psihodramatică că modul de acțiune are o valoare clară în procesul de catarsis. Punctul de maxim din timpul tratamentului clientului are loc, de obicei, în timp ce își joacă rolul psihodramatic pe scenă și nu în timpul interviului, care îl precede, și nici al analizei, care are loc după fiecare scenă.” („The essential Moreno: writings on psychodrama, group method, and spontaneity”, Jacob Levy Moreno, Jonathan Fox).*

**Fazele scenariului sunt:**

- *Faza de pregătire* - faza în care se găsește problema, faza în care protagonistul vrea să o expună;
- *Faza de acțiune* în care se “joacă” activ scenariul;
- *Faza de încheiere* - este faza de discuție, integrare, regroupare și de analiză a problemei;
- *Faza de reorientare* - în aceasta fază protagonistul încearcă să găsească, împreună cu regizorul și grupul, obiective și strategii noi pentru a se apropia de soluționarea problemei.

Aceste faze și tehnici din psihodrama au fost integrate în multe terapii comportamentale și umaniste.

Moreno a recomandat cinci domenii principale pentru terapie în psihodramă:

- cercetarea inter-relațiilor în grupuri sociale;
- învățământ, deci scop pedagogic;
- profilaxia comportamentului neadekvat sau psihopatologic;
- diagnostic de tulburări intra și inter-relaționale;
- terapia tulburărilor intra și inter-relaționale.

În forma descrisă, psihodrama este folosită des și în clinici de psihiatrie, în clinici pediatrice, în școli, universități, în grupuri de auto-cunoaștere pentru psihologi și medici.

*“Reîntoarcerea prin psihodramă la viziunea aristotelică a catharsis-ului, a vitalizat conceptul original. Mari spitale de psihiatrie, clinici pentru igiena mentală, birouri pentru protecția copilului și teatre ale comunității pot să utilizeze schema, care are, în mod clar, scopul de a trata un număr mare de oameni, în același timp. Este, evident, un experiment special, din sfera psihodramatică. Trebuie încercată sub îndrumarea unei persoane foarte bine înzestrată cu abilități psihiatrice, psihodramatice și teatrale.” („The essential Moreno: writings on psychodrama, group method, and spontaneity”, Jacob Levy Moreno, Jonathan Fox).*

Prin psihodrama dezvoltată de Moreno în psihoterapia modernă s-a introdus un alt mod de gândire și abordare în cadrul terapiilor moderne. Putem spune că elementele din terapia sa se regăsesc în multe forme de terapie contemporană, mai mult sau mai puțin recunoscute de școlile clasice, dar, în foarte multe cazuri, eficiente și benefice pentru pacienți, ca de exemplu terapia prin muzică, terapia prin joc, terapia minte-corp și multe altele.

## 4.5 Recapitulare - Teorii și Școli Umaniste

### Bazele teoriilor umaniste

- Psihoterapia umanistă este deseori numită de adepții ei, ca fiind al treilea curent important în psihologie, pe lângă terapia analitică (psihanaliză, psihoterapia dinamică orientată analitic) și cea comportamentală (behaviorism);
- Nota comună a abordărilor diverse din psihoterapia umanistă o reprezintă viziunea holistică asupra individului, ca rezultat al unei multitudini de interacțiuni și interdependențe, între factori externi și interni;
- Psihoterapia umanistă se bazează pe ipoteza că Omul, pentru a găsi și menține un sens al vieții trebuie să aibă o memorie consistentă asupra trecutului și un plan al viitorului, doar acestea oferindu-i posibilitatea de a trăi mulțumit și sănatos în prezent, iar ca individ capabil să reflecteze, trebuie să-și definească existența, găsindu-și un sens în viață.
- Omul, în afara trebuințelor sale de supraviețuire, continuă să caute nivele mai înalte de evoluare și acțiune, Maslow - care este unul dintre fondatorii teoriilor umaniste - a divizat ierarhia trebuințelor pe 5 nivele. El susține că, ajungând la un anumit nivel, toate nivelurile inferioare devin neimportante;
- Medicul și filosoful Iacov Levy Moreno (1889-1974) a avut o influență importantă asupra acestui curent umanist. Moreno nu a fost influențat de școala lui Freud și nici de persoana lui Freud. În schimb, el a influențat, în mod direct și semnificativ, mulți elevi ai lui Freud. Moreno a respins ambianța terapeutică susținută de Freud și anume, pacientul culcat pe canapea, iar terapeutul la capul său, în fotoliu, fără contact vizual direct cu acesta;
- Moreno a dezvoltat o formă de terapie creativă în grupuri de pacienți, în cadrul căreia, la fel ca la teatru, „scenele“ din relația emoțională a pacienților erau „jucate“ și „trăite“. Moreno a numit

această formă de terapie Psihodramă și a susținut că nucleul psihologiei umaniste este interrelația umană a individului cu alt individ sau indivizi;

- Un alt principiu important, care se regăsește în psihodramă, este elementul de „here and now“ (aici și acum), care formează și baza terapiei centrată pe persoană a lui C. Rogers (trecutul e trecut, viitorul e o fantazie, doar ceea ce este acum și aici este baza existenței, fundamentul schimbării și șansa evoluției).
- Multe dintre curente și școlile psihoterapeutice umaniste au preluat principiile sau elementele muncii „corporale“ cu pacientul din psihodramă, în mod deosebit, îi putem aminti pe Fritz Perls (Gestalt Terapie) și Kurt Lewin.

### **1. Terapie centrată pe persoană - Carl Rogers**

- Aceasta terapie a fost dezvoltată de Carl Rogers, începând cu anii '30, iar în anii '80 înca mai lucra la dezvoltarea ei;
- Rogers a fost influențat de filosofi precum Buber și Kierkegaard în definirea noțiunii de „persoană“, definită ca „poți fi tu însuși, doar dacă te accepți așa cum ești și, doar dacă, interacționezi cu ceilalți așa cum ești“;
- Un alt merit important al lui Rogers a fost modul empiric și științific prin care a încercat să își sistematizeze munca și să stabilească o bază structurată formei de terapie dezvoltată de el. El a fost printre primii care și-a înregistrat pe bandă ședințele, unul dintre primii care a introdus supervizarea cazurilor, a încercat să „dovedească efectele pozitive ale terapiei centrată pe persoană prin mijloace statistico-matematice“;
- Echipa lui Carl Rogers, din care au făcut parte unii dintre cei mai talentați și dedicați psihologi din Statele Unite, a elaborat, sub îndrumarea sa, 100 de puncte (principii sau declarații) care permit evaluarea unei persoane din punct de vedere psihologic

## **Dezvoltarea terapiei centrată pe persoană a lui C. Rogers**

- C. Rogers a pus bazele unei terapii proprii, pe care a dezvoltat-o și modificat-o de-a lungul anilor.

- Principii:

- “terapia nedirecționată”, care are la bază dezvoltarea unei terapii în care clientul se simte sigur și ocrotit, iar terapeutul este cât se poate de permisiv, nedirecționând expresiile și verbalizarea gândurilor clientului.

- respingerea modelelor „medicale” de cauză și efect, de diagnosticare la începutul terapiei, de intervenție cu scop de vindecare. Rogers pleacă de la ideea că clientul poartă răspunderea pentru evoluția terapiei și cea proprie, personală. Terapeutul îi creează acestuia un mediu în care este și va fi capabil să-și descopere singur acele resurse de evoluție pozitivă.

- Această evoluție va aduce cu sine, mai târziu, conceptul de verbalizare a emoțiilor, confruntarea clientului cu propriile emoții. Raționalizarea și explicarea deficitelor clientului pierd teren în favoarea verbalizării emoțiilor, care se nasc în urma acestor deficite

- În centrul terapiei stă, începând cu anii ‘60, relația emoțională între terapeut și client, relația clientului cu el însuși, ceea ce formează cadrul percepțional, forma percepțiilor emoționale, emoțiilor verbalizate, atitudinea față de această emoție, și reacțiile față de emoțiile trăite.

- Din anii ‘70, elevii lui Rogers extind conceptul de “Experiencing and Focusing”, în care terapia se centrează (“focalizează”) pe problema emoțională, de bază, a pacientului, punând la îndoială conceptul că orice “deficit” al acestuia trebuie soluționat spre un “ideal”, spunând că prelucrarea și soluționarea sau concentrarea pe “problemă” de bază va duce la rezolvarea, de la sine, a acesteia

- Din ‘80 se va ajunge și mai departe, fiind inclusă în terapia centrată pe client modele și elemente din aproape toate terapiile existente, de la psihanaliză, psihoterapia dinamică, terapia pur comportamentală până la terapia existențialo-filosofică.
- Cel mai important și pozitiv punct de plecare în înțelegerea sistemului intern al individului, este clientul însuși. Din percepția emoțională a sferei cu care interacționează și a reacțiilor emoționale, va lua naștere, cu timpul, “sinele”. Rezultatul interacțiunii cu mediul înconjurător, și în mod special, relaționarea cu alți indivizi, va dezvolta structura “sinelui.
- Experiențele percepute de-a lungul vieții pot fi preluate, integrate și organizate în structura individului, sau respinse și ignorate pentru că îi contrazic structura de bază. Acestea pot fi, însă, integrate într-o formă modificată sau “deviată”, pentru că nu corespund structurii sale de bază, din forma ei inițială. Organismul preia modele de comportament, care corespund structurii de bază a conceptului organizatoric al individului.
- Inadaptarea psihică apare în cazul în care organismul neagă sau respinge, inconștient sau conștient, experiențe organice și senzoriale importante, care au fost integrate în sistemul organizațional al structurii, caz în care va rezulta o “tensiune psihică și emoțională”.
- Cu cât individul va încorpora și accepta, în mod dinamic și “sănatos”, în structura sinelui, din experiențele organice trăite de-a lungul timpului, cu atât el va fi în stare să își modifice, adapteze și reevalueze sistemul intern de valori.

**Condițiile pentru ca relația terapeutului cu clientul să fie benefică** trebuie îndeplinite trei aspecte importante:

1. Terapeutul și clientul sunt capabili să fie parteneri în acest cadru terapeutic;
2. În acest cadru terapeutic, clientul trebuie să simtă că terapeutul îl ajută în înțelegerea proceselor sale psihice, adică

îl acceptă fără prejudecăți, îl însoțește cu înțelegere, îl sprijină în procesul de schimbare în mod necondiționat, nu are conduita profesorului care știe mai mult;

3. În acest cadru terapeutic, terapeutul nu preia responsabilitatea clientului pentru procesele de modificare psihică, indiferent de natura lor, clientul este singurul responsabil pentru ceea ce simte sau nu simte.

### **Procesul terapeutic**

- Procesul terapeutic tinde spre eliberarea forțelor de autovindecare, conducând clientul spre “a fully functioning person” (un individ pe deplin funcțional), fără ca aceasta să fie ținta obligatorie a terapiei. Ținta terapiei este îndrumarea spre acest obiectiv.
- Procesele care trebuie inițiate sunt:
  - creșterea autonomiei în defavoarea dependenței;
  - acceptarea de sine în defavoarea respingerii de sine;
  - conștientizarea și localizarea punctului de blocaj sau de marginalizare;
  - creativitatea în defavoarea rigidității și anxietății;
  - creșterea capacității de adaptare, detensionarea și dinamizarea, acolo unde există tensiune și adinamie (statică).
- Procesele nefavorabile care pot agrava conflictele interne sunt:
  - structura neadecvată care afectează capacitatea de adaptare într-un mediu nou;
  - sentimentul de “amenințare” asupra structurilor existente;
  - negația, ca o contrareacție la experiențe noi;
  - reactualizarea, în timpul procesului terapeutic, a unor moduri de soluționare a problemelor structurale din trecut, care nu mai sunt actuale.



## **Experimentarea și Centrarea**

- “Experimentarea” reprezintă faza de trăire actuală a unei stări emoționale, în timpul terapiei. Această trăire nu trebuie să fie completă și nici verbalizată, ci doar simțită în contextul actual. Este o percepție mentală și corporală, care include și întrebarea “ce simt aici și acum, în acest context sau situație,
- “Centrarea” este procesul prin care se încearcă dezvoltarea capacității de focalizare asupra sentimentelor trăite, în interacțiunea cu alți indivizi, și analiza consecințelor ei, în urma unor reacții inadecvate (tulburări structurale). Prin procesul de centrare, se pornește de la analiza caracterului simbolic sau ritualizat al unei reacții la o anumită trăire și se ajunge la reacția adecvată și dinamică, din situația dată.
- Procesul terapeutic este încheiat în momentul în care clientul “a învățat” să obiectiveze cele întâmplate, să fie în stare să “aleagă” reacția dintre o gamă variată și “sănătoasă” de posibilități, să nu fie “tulburat” de evenimente inter și intra-personale.
- Terapia creată de Rogers, fie că e numită “centrată pe client” sau “terapie prin vorbire”, “Experiencing and Focusing”, sau altfel, este foarte răspândită în America de Nord și se aplică cu rezultate foarte bune în tulburările structurale provenite din adolescență, tulburărilor inter-relaționale cu mediul social și familial și în timpul vieții adulte.

## **2. Terapia gestaltistă**

- Fondatorul gestalt-terapiei, Frederick Perls, a preluat o serie de termeni din psihologia gestaltistă pe care i-a îmbinat cu concepte ale psihologiei abisale și existențialismului, sub umbrela unei noi concepții psihoterapeutice.
- Inclusă în abordările umanist-existențiale, gestalt-terapia vizează capacitatea înnăscută a persoanelor de a se schimba și

dezvolta, dar și responsabilitatea personală asupra propriei vieți și a propriilor decizii.

- Gestaltismul susține că ființa umană nu poate fi înțeleasă decât dintr-o perspectivă integralistă.

### **Psihopatologia**

- Existența umană este un proces deschis, o devenire continuă a trebuințelor care se conturează în câmpul conștiinței și se cer a fi satisfăcute. Organismul și mediul sunt considerate în relație de interdependență; omul intră în legătură cu realitatea externă printr-o *zonă de contact*.
- Aceasta are un caracter dualist, îmbină creativitatea individului cu adaptarea sa la mediu, reciprocitatea necesară vieții sociale. Simptomele și mecanismele defensive sunt considerate modalități creative prin care se încearcă rezolvarea diverselor probleme;
- Manifestările psihopatologice reprezintă indicatori ai blocajului, în procesul natural de maturizare. În opinia lui Perls, fiecare dintre noi poartă cu sine conflicte nerezolvate, tipare comportamentale și emoționale rigide. Terapia gestaltistă nu încearcă să înlăture ori să interpreteze aceste forme de apărare și simptome, dar caută să le aducă în câmpul conștiinței.

### **Blocajele conștiinței**

- Principalele mecanisme defensive prin care persoanele evită și resping contactul cu realitatea “aici și acum”, în scopul protejării sinelui sunt: *Introiecția, Proiecția, Retroflecția, Deflecția, Confluența*.

### **Obiectivele terapiei sunt**

- aprofundarea cunoașterii de sine și auto-acceptarea necondiționată;

- asumarea auto-responsabilității pentru toate deciziile, sentimentele și acțiunile personale;
- autenticitatea și independența sinelui, care nu se conformează pasiv așteptărilor mediului social;
- trăirea prezentului “aici și acum”, fără a regreta trecutul, ori a planifica excesiv viitorul.

### **Strategii terapeutice**

- Gestalt-terapia propune o serie de tehnici și metode care susțin procesul conștientizării sinelui și al iluminării (insight-ului). Dezvoltarea conștientizării presupune, în primul rând, eliberarea de lumea idealurilor și a fanteziilor, de concepțiile teoretice despre cum ar trebui lumea și viața să fie. Trezirea din această transă intelectuală se realizează prin întoarcerea la simțuri, la “experiența senzorială” a realității.

○ *Experimentarea “aici și acum-* experiența senzorială imediată reprezintă baza fenomenologică a terapiei gestaltiste. Aceasta susține că trăim excesiv la nivel mental și că evităm senzațiile fizice sau denumirea emoțiilor resimțite. Obiectivul acestei metode este acela de a deschide pacientul spre ceea ce gândește sau simte pe parcursul exercițiului, devenind mai conștient de ceea ce îi transmite corpul său.

○ *Conștientizarea și acceptarea contrariilor* - această tehnică, pornește de la asumția conform căreia fiecare aspect al realității are și un revers. Pentru a putea cunoaște fericirea, trebuie să fi cunoscut și tristețea. Teoria Gestalt-terapiei consideră că individul conștientizează foarte puține emoții și are tendința de a le ignora pe celelalte, mai puțin intense, inclusiv emoția contrară a ceea ce avem în minte. Obiectivul constă în conștientizarea tuturor componentelor personalității și a dinamicii conflictelor dintre dorințe și pulsuni, pentru a elibera și flexibiliza gândirea.

○ *Tehnica scaunului gol* (dezvoltată de Fritz Perls în 1969)- exercițiul presupune desfășurarea unui dialog (10-30 minute) și a unei interacțiuni emoționale intense între pacient și un interlocutor imaginar, aflat pe un scaun gol din apropierea sa. În postura de interlocutor pot fi atât persoane reale (care au avut sau au o influență semnificativă asupra pacientului), cât și obiecte (referatul neterminat, mașina, verigheta), simptome (migrene, oboseală) sau trăsături ale pacientului (pesimism, impulsivitate, teama de o anumită boală, perfecționism la locul de muncă etc) care devin ținte ale demersului terapeutic.

○ *Tehnici de limbaj* - în gestalt-terapie, limbajul este folosit pentru a permite clientului să se distanțeze de “prea-plinul” experienței, evitând verbalizarea fără sfârșit, explicațiile și interpretările. Obiectivul acestor exerciții este de a activa pacientul să-și asume responsabilitatea propriilor decizii, alegeri, dorințe, temeri sau slăbiciuni.

○ *Dezvăluirea emoțiilor reprimare* - Muriel Schiffman (1971) a propus o metodă experimentală de reactualizare a emoțiilor negative reprimare care, influențează încă trăirile și comportamentele din prezent. Gestalt-terapia nu analizează “acțiunea nefinalizată” (“unfinished business”), ci caută reactualizarea, reexperimentarea și rezolvarea ei.

○ *Analiza viselor* - Analiza viselor este inclusă în terapia gestaltistă întrucât se consideră ca ele reprezintă “mesaje existențiale” sau cea mai spontană exprimare a personalității umane. Fiecare detaliu al visului reprezintă un fragment al personalității, care, pentru a deveni integrală, unitară, fără conflicte, presupune reunirea diferitelor fragmente și proiecții onirice. Pentru a ajunge la catharsis, nu este suficientă relatarea conținutului visului, ci este necesară reactualizarea lui.

**Relația terapeutică** presupune existența a patru caracteristici ale dialogului:

- *Includerea*, aceasta înseamnă a-l pune pe fiecare în pielea altuia, fără a-l judeca;
- *Prezența*, terapeutul se exprimă pe sine clientului, i se dezvăluie, se face simțit de către acesta prin observații, preferințe, sentimente
- *Responsabilitatea în a dialoga* este mai mult decât a face ceva unul pentru altul, este ceva ce se întâmplă între doi oameni și care rezultă din interacțiunea dintre ei. Terapeutul are răspunderea modului în care se desfășoară dialogul.
- Procesul creativ în terapia gestaltistă pune în evidență un terapeut artist, care trebuie să dispună de o gamă largă de exerciții care pot fi propuse, deoarece setul de tehnici nu este predeterminat. Terapeutul gestaltist trebuie să fie o persoană matură, fără a încerca să fie responsabil și pentru ceilalți, altfel el va fi ușor de manipulat de către clienții care îi solicită sprijinul.

### **Limite și tendințe**

- Legătura istorică, pretinsă de F. Perls, dintre psihologia și terapia gestaltistă se află sub semnul întrebării. El nu a fost acceptat de către reprezentanții psihologiei gestaltiste, iar activitatea sa nu reprezintă o aplicare în domeniul clinic al psihologiei științifice gestaltiste.
- Spre deosebire de alte abordări psihoterapeutice, în terapia gestaltistă manifestările psihopatologice nu sunt evaluate prin teste și interviuri înainte de a începe terapia, ceea ce reduce considerabil din valoarea dezvoltării unei teorii asupra psihopatologiei;
- Gestaltismul contemporan se centrează pe conștiința relației cu sinele, cu ceilalți, cu lumea, punându-se un accent mai puternic pe natura relației terapeutice.

- În abordările eclectice, este indicată utilizarea tehnicilor din terapia gestaltistă care au și susținere empirică, dincolo de experiența clinică și studiile de caz.

### **3. Terapia existențialistă**

- Psihoterapia existențialistă este o abordare puțin cunoscută în psihopatologie și insuficient delimitată conceptual de gândirea fenomenologică.
- La baza acestei orientări stau ideile și principiile filosofiei existențialiste – așa cum au fost ele enunțate de Søren Kierkegaard, urmat de Martin Heidegger și Jean Paul Sartre;
- Psihoterapia existențialistă nu este dominată de numele unui singur terapeut, poate pentru că nici unul dintre ei nu a elaborat o teorie comprehensivă a psihoterapiei.
- Precursori ai acestei abordări sunt Ludwig Binswanger (a propus metoda de analiză a sinelui urmând ideile filosofice lui Heidegger – Dasein, sau “a-fi-în-lume”) și Medard Boss, au făcut cunoscută perspectiva lor terapeutică, de confruntare conștientă cu aspectele întunecate, dar pline de semnificație ale vieții. Ulterior, ideile lor au fost preluate de câțiva psihoterapeuți americani (Rollo May și James Bugental).
- May susține că lumea occidentală suferă din cauza negării și refuzului morții. Acceptarea ei ar îmbogăți și dezvolta conștientizarea propriei existențe.
- Tillich, în 1952, susținea că fiecare aspect al lumii este investit cu un rost, cu un înțeles pentru fiecare persoană, iar absența semnificației vieții generează anxietate. Atunci când aceasta structurare semnificativă se dezintegrează, apare neputința omului de a se orienta în propria existență.
- O alta sursă care produce anxietate este, în opinia lui Bugental, singurătatea ființei umane și izolarea ei; oricât de mult am căuta intimitatea celorlalți, niciodată nu vom putea fi în locul

lor sau ei în locul nostru. Împărtășirea experiențelor ne ajută să ne apropiem de ei, dar întotdeauna va exista o piedică în înțelegerea deplină a celorlalți.

### **Teoria psihopatologiei**

- Principala țință a terapiei existențialist-fenomenologice o constituie tocmai disfuncționalitatea modalităților prin care oamenii încearcă să evite angoasa.angoasa poate fi astfel înțeleasă și ca pierderea sentimentului eu-lui în raport cu realitatea obiectivă; ea se instalează pentru că lumea valorilor cu care persoana se identifică este amenințată. În loc să accepte realitatea, adesea oamenii preferă să o respingă, ori să o nege, ceea ce duce la dezvoltarea nevrozei.
- Negarea sau “minciuna” pot să se manifeste la oricare nivel al existenței. Toate mecanismele defensive, indiferent de denumirea lor (proiecție, regresie, negare, etc.), nu sunt altceva decât forme ale minciunii care, cu timpul, au trecut la un nivel inconștient și au devenit obisnuințe.
- O caracteristică esențială a psihopatologiei constă în alterarea percepției dimensiunilor spațio-temporale, care pot fi cel mai bine ilustrate de practica psihiatrică.
- În 1970, Keen menționa și alte caracteristici: deteriorarea viitorului, presiunea viitorului, viitorul- fantezie, omniprezența trecutului.

### **Relația, intervenția și practica terapeutică**

- *Relația terapeutică* este una directă și poate fi rezumată prin formula “a fi împreună”, în care cei doi își împărtășesc experiențele de viață. Rolul terapeutului este acela de a-l ajuta pe pacient să-și identifice rezistențele și să preia controlul asupra schimbărilor din viața sa, mai degrabă decât să caute noi moduri de schimbare.

- *Intervenția terapeutică*

- În demersul terapeutic de tip existențialist, sunt puțin obișnuite procedurile formale de evaluare și diagnostic, iar accentul se pune pe colaborarea deschisă și onestă a pacientului, care se focalizează asupra auto-dezvăluirii. Din afirmațiile semnificative ale pacientului, obținute prin interviu sau chestionare, terapeutul extrage semnificațiile generale, fundamentale, clusterii de teme și idiosincraziile, pe care le integrează într-o descriție reflectivă, adecvată a fenomenului investigat, într-un format neechivoc.

- Remediu pentru simptomatologia psihopatologică este autenticitatea, la care se poate ajunge prin dezvoltarea conștiinței de sine și asumarea responsabilității. Terapia existențialistă nu urmărește, în primul rând, eliminarea anxietății, ci transformarea aspectelor sale psihopatologice în manifestări ce pot fi încadrate în categoria normal;

- Terapeutul trebuie să lase la o parte opiniile și convingerile personale și să înțeleagă lumea din perspectiva clientului.

- Al doilea proces, prin care se urmărește dobândirea unei existențe autentice, îl reprezintă luarea deciziilor. Ideea alegerii, din perspectiva existențialist-fenomenologică, a fost deseori înțeleasă în mod eronat, omul având libertatea nelimitată de a alege cum și cine să fie.

- Clientul este încurajat să nu se considere o victimă a psihopatologiei și să-și folosească abilitățile și capacitățile de care dispune pentru a crea alternative raționale, într-o situație existențială aparent irațională.

- Numărul mare de opțiuni reprezintă o sursă de incertitudine și nehotărâre, individul urmând să ia acea decizie, care, în opinia lui, are consecințele cele mai valoroase, iar semnificația să se integreze armonios în proiectul personal al vieții. Atâta timp cât proiectul ales



dispune de obiective clare, de reguli și strategii de acțiune, el va putea da sens vieții.

### **Practica terapeutică**

- Acest tip de terapie este recomandat în special pacienților care își conceptualizează problemele și tulburările prin prisma dilemelor și impasurilor existențiale și nu ca aspecte ale patologiei. Modelul este eficient pentru indivizii care se simt suprasolicitați de contextul social, ori sunt într-un punct de criză, confruntându-se cu moartea, izolarea, inutilitatea sau alte modificări dramatice în viața personală.

- Terapia existențialistă se desfășoară pe o perioadă mai îndelungată de timp, de la câteva luni până la un an, fără a se înregistra, până acum, intenția de a propune și o variantă mai scurtă.

- Orientarea existențialistă și-a dovedit eficacitatea în domeniul sănătății, în consilierea multi-culturală și a grupurilor minoritare.

## **4. Logoterapia**

### **Teoria**

- Dintre sursele generatoare de anxietate existențială, logoterapia (logos = cuvânt, sens, înțeles, principiul ordonator al Universului) se focalizează asupra absenței semnificației vieții, care duce la apariția stării de “vacuum existențial”.

- Psihiatrul vienez Viktor Frankl, după experiența dramatică din anii petrecuți în lagărele naziste și emigrarea sa în Statele Unite la finele celui de-al doilea război mondial, a pus bazele unei noi orientări existențialiste, care pune accent pe dezvoltarea voinței de a înțelege semnificația realității.

- Logoterapia urmărește diminuarea anxietății existențiale prin găsirea înțelesurilor și a valorilor vieții, ea nu înseamnă altceva decât vindecarea prin semnificație: a) înțelesul prezent, sau

semnificația momentului și b) semnificația ultimă, sau meta-semnificația vieții).

- Conform concepției ontologice a lui Frankl, ființa umană există în trei dimensiuni: somatică, mentală și spirituală; acestea trebuie înțelese, în totalitatea lor, pentru că persoana reprezintă o unitate în complexitate. Una dintre asumțiile fundamentale ale logoterapiei este aceea că spiritul uman reprezintă esența sănătății.

### **Strategii terapeutice**

- În ceea ce privește conținutul terapiei, acesta este similar, în mare parte, cu clasică analiză existențială – chiar dacă Frankl acordă un rol mai important semnificației vieții – dar se apropie, sub anumite aspecte, de forma și de terapia de tip scurt, în special de cea adleriană.
- Viktor Frankl (1967) este cel care a dezvoltat și a aplicat în practică strategiile paradoxale. Termenul de *paradoxal* desemnează o formă *directivă* de intervenție, care are ca obiectiv o acțiune voluntară a pacientului. Există două categorii de intervenție paradoxală: *prescrierea simptomului* și *interzicerea acțiunii asupra simptomatologiei*.
- *Prescrierea simptomului*: permite pacientului să se confrunte direct cu temerile sale, prin acceptarea și experimentarea, conștient și deliberat, a simptomelor. Prin schimbarea comportamentului obișnuit, de tip evitant, cu unul de auto-eficacitate și auto-control, clienții pot descoperi că acțiunea anticipată nu corespunde realității concrete.
- *Interzicerea acțiunii asupra simptomatologiei*: Prin această tehnică terapeutul îi comunică pacientului că nu are intenția să îl constrângă să facă schimbările pentru care, încă, nu se simte pregătit: “nu vrem să ne grăbim”, “o vom lua încet, pas cu pas”. Interzicerea de către terapeut a oricărei modificări, în apariția și manifestarea simptomelor, solicită o reacție naturală

din partea pacientului, care va căuta să își modifice simptomatologia, “în ciuda” terapeutului.

- Utilizarea tehnicilor paradoxale trebuie să țină cont de mai mulți factori: în primul rând, relația terapeutică trebuie să fie optimă, terapeutul să aibă o conceptualizare clară a problemei și, împreună cu pacientul, să urmărească obiective comune.
- Umorul reprezintă una dintre modalitățile de detașare și de creștere a controlului asupra problemei; această tehnică s-a dovedit a fi eficace (în 80-90% din cazuri);
- Pornind de la modelul inițial propus de logoterapie, în ultimii ani s-au dezvoltat noi tendințe în psihoterapie, care se focalizează, în principal, pe abordarea sistematică a valorilor și a semnificațiilor personale.

### **Limite și tendințe**

- Deseori, modelul existențialist a fost prezentat ca neinteresat de aspectele practice ale terapiei, astfel încât literatura de specialitate cuprinde puține studii și cercetări riguroase;
- Un alt aspect controversat se referă la faptul că, deși include în repertoriul său practic atât de multe tehnici psihanalitice, terapia existențialistă respinge fundamentul lor teoretic și consideră că toată responsabilitatea asupra manifestărilor psihopatologice le revine clienților.
- Absența datelor obiective legate de cazurile tratate prin această abordare psihoterapeutică, dar și a dorinței de a demonstra modalitățile de asistare a clientului pentru îmbunătățirea situației actuale – reprezintă principala țintă a criticilor venite din partea altor perspective (terapiile comportamentale, familiale, de tip scurt etc.).
- Această atitudine de respingere a evaluării științifice încurajează neasumarea de către terapeut a responsabilității de evaluare a eficienței demersului său și subiectivitatea criteriilor de apreciere a terapiei.

- Influența existențialismului în istoria științelor umaniste – dar și în psihoterapie – este de necontestat; conceptele sale de bază – semnificație, libertate, responsabilitate, autenticitate, decizie – au fost încorporate în majoritatea sistemelor psihoterapeutice contemporane și stau la baza practicii clinice, fără a fi recunoscute în mod explicit.
- Dezvoltarea sa ulterioară se află, însă, sub semnul echivocului: absența suportului empiric o va îndepărta din paleta serviciilor oferite populației, însă, atât timp cât vor mai fi psihoterapeuți cu orientări filosofice și clienți stăpâniți de anxietate existențială, acest sistem se va menține ca o orientare terapeutică distinctă.

## **5. Psihodrama - Jakob Levi Moreno**

- Fondator: Jakob Levi Moreno, născut la București în 1889.
- Moreno remarca faptul că, prin joc, copiii își exprimă problemele în mod deschis, creativ și sincer, fără a se afla în context terapeutic. Moreno mai observă cum acești copii, după ce termină “teatrul”, preiau unele moduri de comportament mai potrivite pentru viața lor de zi cu zi.
- Prin aceste observații el concluzionează faptul că “jocul de teatru” are un efect pozitiv, dacă subiectul este îndrumat să joace “rolul” care reprezintă “problema.

### **Conceptul psihodramei**

- Comportamentul uman este, în mare parte, dominat de rolul care ni-l asumăm în mediul social, prin roluri se dezvoltă sinele. Rolul este un mod activ și cuprinzător în toate domeniile de comportament social și reflectă structura sinelui.
- Moreno a proclamat teoria individului ca atom social, definit prin patru componente: *spațiul* (totalitatea spațiului în care se mișcă individul); *timpul* (trecutul și viitorul sunt incluse în timpul prezent, adică totul comprimat într-o piesă de teatru), *cosmosul*

(contextul general și ansamblul în care individul se dezvoltă), *realitatea* (legătura cu timpul și cosmosul și este “jucată” într-o piesă de teatru).

### **Catharsis în psihodramă. Scenariul**

- Catharsis-ul este efectul vindecător al retrăirii și reacționării active la experiențele tulburătoare sau nocive din realitatea zilnică.
- Acestea sunt mai eficiente dacă “jocul” se petrece într-un grup, care reflectă și reacționează la “jocul” individului.
- Elementele principale ale jocului de teatru în psihodramă sunt: *scena* (separată și limitată de camera sau spațiul extern, este aranjată minimalist cu recuzită); *protagonistul* (autor și actor principal, în mijlocul grupului, pune în scenă, în mod spontan, “problema”. Scenariul este cât se poate de spontan și neplănuț, acesta reflectă problemele); *conducătorul jocului* (este regizorul care încearcă, prin ghidarea și atenția sa, să ofere protagonistului un joc și un rol); *co-actorii* (părți ale Eul-ui protagonistului); *spectatorii* (public pentru protagonist și co-actori, ei vor exprima, la faza de prelucrare ce au simțit și ce au observat în timpul jocului); *tehnicele puse la dispoziție de conducător*.
- Moreno a recomandat cinci domenii principale pentru terapie:
  - cercetarea inter-relațiilor în grupuri sociale;
  - învățământ, deci scop pedagogic;
  - profilaxia comportamentului neadecvat sau psihopatologic;
  - diagnostic de tulburări intra și inter-relaționale;
  - terapie tulburărilor intra și inter-relaționale

Prin psihodramă în psihoterapia modernă s-a introdus un alt mod de gândire și abordare. Elementele din terapia sa se regăsesc în multe forme de terapie contemporană, eficiente și benefice pentru pacienți, ca de exemplu terapia prin muzică, terapia prin joc, terapia minte-corp și multe altele.

## ***Postfață***

*Această lucrare de mare valoare despre Psihoterapiile Analitice și Umaniste, scrisă de Doctorul Harry Leon Grossmann, specialist în psihoterapie și profesor asociat al universității noastre, este deosebit de interesantă, numărându-se printre primele cărți în acest domeniu din țara noastră.*

*Multumim autorului pentru că a ales să scrie această carte în colaborare cu Facultatea de Psihologie și Facultatea de Medicină a Universității noastre de prestigiu Vasile Goldiș din Arad.*

***Profesor Dr. Aurel Ardelean***

\*\*\*

*Această carte reprezintă un sprijin valoros în abordarea multidisciplinară a psihicului uman de către psihologi, medici, studenți și oricine interesat în a înțelege baza terapeutică și modalitatea de gândire a școlilor psihoterapeutice analitice și umaniste.*

*Modul în care este scrisă această carte face dovada unei îndelungate experiențe, dovada profesionalismului și a pasiunii pentru demersul psihoterapeutic zilnic cu oamenii care suferă de afecțiuni psihice, fiind, în egală măsură, recomandabilă și oricui este interesat sau dedicat sănătății sufletului omenesc.*

***Profesor Dr. Delia Podea***

\*\*\*

*Această carte a colegului nostru Doctor Harry Leon Grossmann PhD, un specialist de renume cu vastă experiență în domeniul psihoterapiei analitice este deosebit de interesantă și face dovadă unei înțelegeri profunde și a pasiunii pentru acest domeniu.*

*Este recomandată celor interesați de psihologie și psihoterapie ca o lucrare de bază pentru înțelegerea gândirii analitice și umaniste.*

***Profesor Dr. Letiția Filimon***

*Universitatea din Oradea, Catedra de Psihologie*

## *Cuvânt Încheiere*

*Am descris în această carte - Psihoterapii analitice și umaniste - curentele și școlile principale, bazele istorice, teoretice și structura. Am ales să zăbovesc mai puțin asupra fiecărei tehnici terapeutice considerând că există deja o vastă și bogată literatură de specialitate pentru fiecare dintre aceste tehnici în parte.*

*Spre marea mea bucurie psihoterapeuții, indiferent de școala de formare psihoterapeutică, din ce în ce mai mult ajung la înțelepciunea pragmatică ilustrată de enunțul “toate drumurile duc la Roma”, iar aceasta după ce, decenii întregi, au pornit spre direcții diferite, chiar neacceptând una sau cealaltă ca fiind egală și benefică. Nutresc speranța că și acest aspect reiese din această lucrare.*

*Cu toate că am împărțit în mod formal conținutul lucrării în capitole, subcapitole și le-am legat de reprezentanții de seamă care au pus baza teoretică a acestei terapii, aș dori ca această carte să fie înțeleasă ca o încercare integrativă de a demonstra că ceea ce le unește este de departe mai valoros și mai comun decât ceea ce le desparte.*

*Dacă privim cu atenție cum arată, după câțiva ani, munca zilnică a psihoterapeuților în clinici și cabinete oriunde, fie că sunt de orientare analitică, cognitivă, comportamentală, umanistă sau de alte direcții, vom observa că ajung să utilizeze, mai mult sau mai puțin și tehnici terapeutice dintr-o altă școală.*



*Sufletul și mintea omenească produc o diversitate vastă de emoții, trăiri emoționale, experiențe de viață, gânduri, interacțiuni, oglindiri. Pentru fiecare problemă a acestui suflet există soluții și nu o singură soluție. Cu certitudine, aceste soluții nu pot proveni doar dintr-o singură sursă, iar pentru aceasta, un pic de “privim peste gard să vedem ce fac ceilalți” este necesar, benefic și chiar inevitabil.*

*Sper ca pentru cititor această carte să poată fi un început de drum, o poartă deschisă spre o disciplină nouă și interesantă, o aprofundare de cunoștințe, o reamintire, o lectură frumoasă de îmbogățire a culturii generale sau o călătorie palpitantă prin meandrele sufletului omenesc.*

***H. Grossmann***

***Expert pentru sănătate sufletească***

#### IV. INDEX LUCRĂRI

1. Doctors and Discoveries, lives that created today's medicine,  
John G. Simmons  
ISBN: 0618152768 9780618152766
2. *Managing the mind, a study of medical psychology in early nineteenth-century Britain*,  
Michael Donnelly  
ISBN:-; OCLC Number: 310807389
3. *An intellectual history of psychology*, Daniel N. Robinson  
ISBN: 0299148408 9780299148409 0299148440 9780299148447
4. *The "Racial" economy of science*, Sandra G. Harding  
ISBN 0253208106 9780253208101 0253326931 9780253326935
5. *Types of Mankind or Ethnological research*, J.C. Nott și Geo.  
R.Glidon, 1855  
ISBN: -, Lippincott, Grambo&Co, editia a saptea
6. *Phenomena of Hybridity in the Genus Homo*, Paul Broca-  
1864, edited, with the permission of the author, by C. Carter  
Blake.  
ISBN: -; OCLC Number: 153913041
7. *History of madness*, Michel Foucault, Jean Khalfa, Jonathan  
Murphy  
ISBN: 978-0-415-27701-3; Routledge, Taylor & Francis Group
8. *Origins of Neuroscience, a history of explorations into brain  
function*, Stanley Finger  
ISBN: 0195146948 9780195146943
9. *The Mentally Ill in America - A History of Their Care and  
Treatment from colonial times -* Albert Deutsch, 1946  
ISBN:- ; Columbia University Press, 1946
10. *The mental health diagnostic desk reference*, Carlton E.  
Munson  
ISBN: 978-0-7890-1464-1, Routledge, Taylor & Francis Group
11. *Observation on Trance: Human Hybernation*, Londra 1850,  
James Braid  
ISBN:-; 1850, printed by William Tyler
12. *Freud- Psihanalizele*, Dr. Adolfo Fernandez Zoila,

ISBN 973-28-0617-6

13. *Sigmund Freud*, Richard Wollheim

ISBN 052128385X 9780521283854

14. *The History of the Psychoanalytic Movement-* Sigmund Freud, 1914

ISBN 9781419166389 1419166387

15. *Freud A to Z*, Sharon Heller,

ISBN 0471468681 9780471468684

16. *Understanding dissidence and controversy in the history of psychoanalysis*, Otto F Kerberg în Martin Bergmann's

ISBN 1590511174 9781590511176

17. *Sexualitatea infantilă*, S. Freud

ISBN 973-95015-1-6

18. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Londra, 24 volume, 1953-1974, Freud,

Sigmund SE XXI, XXII, XVIII

19. *Freud. Maestria spiritului*, A Storr

ISBN 973-28-0815-2

20. *Dream interpretation as a psychotherapeutic technique*,

Frederick Lawrence Coolidge

ISBN 1846190177 9781846190179

21. *Introducere în psihanaliză- Psihopatologia vieții cotidiene*, S. Freud, Dr. Leonard Gavriliu în Prefață

ISBN: 973-30-1103-7, Ed. Didactica și Pedagogica, 1990

22. *Psychology*, Michael W. Eysenck

ISBN 1-84169-360-X

23. *Depression and personality*, Michael Rosenbluth, Sidney H. Kennedy, Michael Bagby

ISBN 1-585-62154-4

24. *Handbook of Psychology: Personality and social psychology*,

Theodore Millon, Irving B. Weiner, Donald K. Freedheim,

Theodore Millon, John A. Schinka, Melvin J. Lerner

ISBN 0471384046 9780471384045

25. *Competent to counsel: introduction to nouthetic counseling*,

Jay Edward Adams

ISBN 0310511402 9780310511403

26. The Truth About Freud's Technique, M. Guy Thompson  
ISBN 081478206X
27. Jung, Anthony Stevens  
ISBN 973-50-1115-8
28. The Association Method, C.J. Jung  
ISBN:-; American journal of psychology, v. 21, Jan. 1910
29. Puterea sufletului 1- Psihologia analitică, C. Jung  
Nota introductivă de dr. Suzana Holan la lucrarea "Puterea  
sufletului 1- Psihologia analitică", C. Jung  
ISBN 973-9053-14-9
30. Sensul vieții, A. Adler  
ISBN:-; Editura IRI, 1995
31. *Cunoașterea omului- Alfred Adler*  
ISBN 973-97229-6-2
32. *Alfred Adler: problems of neurosis, a book of case history*,  
Alfred Adler, Philip Maire  
ISBN 0415-19132-7 The International Library of Psychology
33. *Psychoanalytic pioneers*, Franz Alexander, Samuel  
Eisenstein, Martin Grotjahn  
ISBN 1560008156 9781560008156
34. *The Neurotic Constitution, Alfred Adler*  
ISBN 0415-19132-7 The International Library of Psychology
35. Cognitive therapy of depression, Aaron T. Beck  
ISBN: 0-89862-000-7 0-89862-919-5
36. Theory and practice of counseling and psychotherapy, Gerald  
Corey  
ISBN 0-495-10208-3
37. Brief therapy with individuals and couples, Jon Carlson, Len  
Sperry  
ISBN 1891944436 9781891944437
38. The SAGE handbook of counselling and psychotherapy,  
Colin Feltham, Ian Horton  
ISBN 1412902746 9781412902748 1412902754 9781412902755
39. Personality types: Jung's model of typology, Daryl Sharp  
ISBN 0919123309 9780919123304
40. Dryden's handbook of individual therapy, Windy Dryden

ISBN 1412922372

41. Conspiracy encyclopedia, Thom Burnet,

ISBN 1843403811 9781843403814

42. Wilhelm Reich and Orgonomy, Ola Raknes,

ISBN 0967967023 9780967967028

43. Fear of Life, Alexander Lowen

ISBN: 0974373702 9780974373706

44. Eric Berne, Ian Stewart

ISBN 0803984669 9780803984660 0803984677 9780803984677

45. *Theory and practice of counselling and therapy*, Richard Nelson-Jones

ISBN 1412919770 9781412919777 1412919789 9781412919784

46. *The Quest for the Inner Man: transpersonal psychotherapy and integral Sadhana*, Joseph Vrinte

ISBN 8120815025 9788120815025

47. *Masters of the mind : exploring the story of mental illness from ancient times to the new millennium*, Theodore Millon, Seth

Grossman, Sarah E. Meagher

ISBN 0471469858 9780471469858

48. *A way of being*, Carl Ransom Rogers

ISBN 0395755301 9780395755303

49. Jacob Levy Moreno 1889-1974: father of psychodrama, sociometry, and group, Renau Marineau

ISBN:-; Routledge, Taylor & Francis Group

50. *Counseling and psychotherapy theories in context and practice: skills*, Rita Sommers-Flanagan

ISBN 0471211052

51. *Transpersonal psychoteraphy*, Seymour Boorstein

ISBN 0791428362 , 0791428354

52. *Existential therapies: using evidence for policy and practice*, Mike Cooper

ISBN 0761973214 9780761973218 0761973206 9780761973201

53. Existential counselling & psychotherapy in practice, Emmy Van Deurzen

ISBN 0761962239 9780761962236 0761962247 9780761962243

54. The essential Moreno: writings on psychodrama, group method, and spontaneity, Jacob Levy Moreno, Jonathan Fox  
ISBN 0826158218 9780826158215 082615820X9780826158208

## V. GLOSAR DE TERMENI

### A

Adlerian	68, 72, 74,75,142, 162
Adler, Alfred	17-19,22,23, 63-79, 88, 139,
Analiză	24, 41, 42, 46,48, 49, 58, 59, 62, 79, 82, 85- 88, 91-94, 97, 98, 114, 124-126, 128, 130, 131, 142, 150, 156, 159,160,162
Analiza tranzacțională	87, 88, 92, 93, 97
Analiza bioenergetică	85, 86
Analitic, -ă,	17, 18, 22, 24, 31, 33, 36, 38, 41, 43, 44, 50-54, 56-60, 64, 69, 70, 78, 80, 86, 95, 99, 115, 118, 136, 153
Analiza viselor	31, 42, 124, 125, 159
Anima	56, 57, 61
Animus	56, 57, 61
Arhetip	56-61
Asociere liberă	24, 26, 40,48, 136

### B

Berne, Eric	87-93, 97,98, 149
Binswanger, Ludwig	17, 104, 128, 130, 140,
Bioenergetica	82, 85, 86, 96
Blocaj energetic	80, 82, 83
Blocaj al conștiinței	117-119, 157
Broca, Paul	8, 10, 13, 14

C	
Cartwright, S.A	8, 9
Catharsis/ Cathartic	25, 32, 125, 149, 159, 164
Client	48, 49, 62, 74, 79, 91, 93, 98, 103-114, 119-123, 125-128, 131, 135-137, 139, 141-147, 154-156, 158, 159, 161-163
Compensare	58, 65, 69-71, 78
Concentrare/centrare	106, 107, 113, 114, 155, 156
Conflict	16, 27, 28, 29, 32, 35, 36-39, 42, 43, 46-48, 58, 59, 61, 63, 64, 73, 77, 83-85, 96, 97, 107, 108, 112, 117, 120, 121-123, 125, 144, 150, 156-159
Confluență	118, 157
Confruntare	130, 160
Conștient	11, 35, 45, 46, 52, 53, 54, 55, 57, 60, 61, 72, 103, 105, 106, 108, 116, 121, 127, 133, 135, 136, 155
Conștiința	46, 99, 115, 117, 128, 133, 157, 159
Contact cu pământ	85
Contratransfer	24, 40, 43, 49, 87
Corpopsihic	85, 86
Corporal, -ă	29, 68, 72, 73, 79, 81, 82, 85, 86, 97, 102, 108-110, 113, 120, 125, 126, 143, 153, 156



## D

Dasein 128, 130, 131, 141, 160

Deflecție 118, 157

## E

Ectopsihic 52, 53, 55, 60

Energie, -ic, (bio-) 27, 46, 60, 61, 80, 82, 83, 85, 86, 95, 96

Endopsihic 52, 53, 60

Eros 30, 47, 57

Eu 20, 28, 29, 35, 38, 42, 46, 48, 56, 58, 90, 91-93, 159

Eu sunt OK, tu ești OK 88, 93

Existențial, -istă 51, 99, 100, 103, 104, 107, 113, 115, 124, 127, 128, 130-142, 144, 145, 155, 157, 159, 160-163

Experimentare/a experimenta 78, 89, 106, 108, 109, 111, 113, 119, 120-126, 134, 136, 139, 142, 156, 158, 159, 162

Experimentare "aici și acum" 120

Extrovertit, extrovertire 54, 55, 60, 61

## F

Format / setting 24, 48, 127

Frankl, Victor 104, 128, 131, 140-144, 146, 162,

Freud, Sigmund 7, 9, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 24, 25, 26, 27, 29-45, 50-52, 54, 58, 59, 63, 64, 69, 70, 80, 84, 87, 88, 101, 105, 119, 124, 130, 131,

## G

Gestalterapie, (gestalt-) 115, 117, 120, 128, 149

## H

Heidegger 130-132, 140, 160,

Hipnoza 15, 16, 22, 24, 25

Holistic 68, 76, 99, 153

## I

Individual, -ă, -itate 6, 18, 19-24, 31, 33, 46, 50, 54-63, 64, 67-69, 73, 75-80, 88, 91, 95, 97, 106, 108, 111, 127, 138, 145, 164

Individuație 57, 58

Inferioritate, inferior 8, 18, 64-75, 77-79, 167

Interpretarea viselor 7, 13, 24, 25, 26, 42, 48, 125

Introiecție 117

Introvertit 54, 61, 68

## J

Jung, C.G 17-20, 22, 23, 42, 47, 50-62, 83,

Jungian 19, 58, 59

## K

Keen, James 134, 160

## L

Libidou 19, 20, 23, 26, 27, 30, 31, 34, 36, 40, 46, 47, 60, 64, 80, 95, 96

Limba	56, 85, 93, 110, 120, 123, 127, 158
Logoterapie	139-142, 144- 146, 162
Löwen, Alexander	82-85
M	
Maslow, Abraham	99, 100, 104, 153,
Moreno, Jacob Levy	101-102, 148-153, 163- 164
N	
Narcisism	34, 35-37, 47, 48, 81
Inconștient	33, 40, 45, 46, 48, 49, 51, 54, 55, 57, 58, 60, 61, 69, 72, 78, 96, 98-100, 102, 108, 116, 119, 121, 124, 125, 133, 155
Inconștient colectiv	54, 55, 60
Inconștient personal	54, 56, 60
Nevroza, nevrotic	24-28, 30, 33, 35, 36, 38, 41-47, 51, 59, 62, 64,65, 67, 69-75, 77, 79-86, 91, 94, 95, 98, 101, 117, 133, 142, 144, 145, 160
Nott și Glidon	8
O	
Oedip, oedipal	26, 32-34, 37, 46-48, 83, 84
Orgonomie, Orgon	80-82, 95

## P

Patologic	8, 9, 24, 27, 28, 32, 37, 45, 55, 65, 69, 70, 81, 88, 114, 118, 119, 133
Perls, Fritz	102, 115, 117, 119, 120, 122, 124, 125-128, 149, 153, 157-159
Personalitate	36, 37, 47, 56, 62, 76, 89, 90, 97, 122, 126,
Planul vieții	67-69, 78,
Principiile vieții	67, 68, 78,
Proiecție	118, 125, 133, 160,
Psihanaliza	15, 20, 23-25, 32, 38, 38, 40, 52, 97, 99, 101, 104, 107, 130, 131, 153, 155
Psihodrama	102, 148-153, 163, 164
Psihopatologie	7, 9, 13, 40, 116, 117, 128, 130, 132, 134-137, 145, 151, 157, 159, 160, 161, 163, 164
Psihoterapie, -euc	6, 7, 11, 13, 17, 20, 22, 40, 41, 51, 61, 76, 81, 82, 86-88, 93, 98-104, 106, 107, 114, 115, 127, 128, 130, 131, 140, 144-146, 153, 155, 157, 159, 160, 163

## R

Refulare, a refula	26, 27, 38, 46-48, 54, 55, 59, 62, 118
Regresie, a regresa	16, 36-38, 41, 43, 47, 48, 84, 89, 91, 133, 160
Reich, Wilhelm	17, 22, 37, 80-86, 95, 96

Retroflecția	118, 157
Rezistența	24, 27, 36, 38, 40, 43, 44, 46, 48, 49, 75, 102, 121, 133-135, 144, 145, 161
Rogers, Carl	99, 102-107, 109, 110, 113, 114, 130, 153-155
Rogersian	136
S	
Sartre, Paul	104, 128, 130- 132, 141, 160
Scenariu	93, 98, 125, 149, 150, 151, 164
Simptom, -e	12, 14-16, 22, 24-27, 30, 35, 36, 38, 42, 43, 45, 47, 58, 61,64, 65, 67, 69, 70-75, 77, 79-84, 86, 93, 106, 115-119, 122, 124, 136, 137, 142-144, 157, 158, 161-163
Sine	27-30, 35-37, 39-43, 46, 51, 54, 61, 63-65, 68-70, 72, 74, 77, 79, 85, 86, 89- 91, 97, 100, 103, 106, 107-114, 116-126, 128, 130, 131, 132, 136, 138, 141, 146, 149, 154-161, 164
Sinele copil	89-91, 97
Sinele matur	89, 97
Sinele parental	89-91, 97
Singurătatea ființei umane	132
Stilul vieții	67, 68, 78
Structura, -al, (supra-), a structura	26, 37, 42-44, 46, 48, 49, 50, 56, 59-62, 67, 69, 78, 80, 81, 85, 88 -90, 93, 96, 97, 104, 106, 108, 109, 112, 113-115,

	117, 127, 130, 131, 148, 154-156, 160, 164
Subestimare	77, 79
Superioritate	65-71, 73, 77-79, 86, 121, 133
Supraestimare	77, 79
Supracompensare	58, 65, 69, 77, 78, 79, 107
Supraeu	27-30, 32, 39, 41, 44, 46, 48
T	
Tehnica scaunului gol	122
Terapie adleriană	68, 72, 74, 75
Terapie centrată pe persoană	103, 105
Thanatos	47
Transfer	24, 27, 33, 41, 43, 44, 46, 49, 87, 93
Tranzacție, -onal	87, 91, 92, 98, 149
V	
Vegetoterapie	80, 82, 83, 95, 96
Vis	25, 26, 31, 42, 48, 52, 53, 56, 57, 58, 59, 61, 62, 66, 70, 124, 150, 159



**Dr. medic Harry Leon Grossmann PhD**, din Hanau Germania. Absolvent al Facultății de Medicină din București în anul 1984. Doctorat în Neuropsihologie la Comenius University din Bratislava. Profesor universitar asociat pentru Psihoterapii analitice la Universitatea de Vest Vasile Goldiș din Arad. Este medic specialist de renume în domeniile Psihoterapiei dinamice orientate analitic și al Hipnozei Clinice, specialist în Medicina Mediului și Medicină prin remedii naturale. Lucrează deja din anul 1988 cu pacienți în Institutul de Psihoterapie și Hipnoză din Hanau și este Docent (i.f.) la Societatea Națională Germană de Hipnoză și Hipnoterapie (DGH), autor și coautor a numeroase articole și o carte de mare succes din domeniul Psihoterapiei și al Hipnozei Clinice.

